



**UNIVERSIDAD DE MÁLAGA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**Tesis Doctoral**

---

**NECESIDADES DE FORMACIÓN EN  
SEXUALIDAD EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE  
DE LA PROVINCIA DE MÁLAGA**

Doctoranda

**D. <sup>a</sup> Cristina Guerra Marmolejo**

Directores

**Dra. D. <sup>a</sup> Isabel María Morales Gil**


**Dr. D. Francisco Javier del Río Olvera**

Málaga, 2017



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

AUTOR: Cristina Guerra Marmolejo

 <http://orcid.org/0000-0003-1520-6792>

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización  
pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer  
obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de  
Málaga (RIUMA): [riuma.uma.es](http://riuma.uma.es)

*"Por un mundo donde seamos socialmente iguales,  
humanamente diferente y totalmente libres"*

Rosa Luxemburgo

*"En todos los tiempos, y probablemente en todas las culturas,  
la sexualidad ha sido integrada a un sistema de coacción;  
pero sólo en la nuestra, y desde fecha relativamente reciente, ha sido  
repartida de manera así de rigurosa entre la Razón y la Sinrazón, y,  
bien pronto, por vía de consecuencia y de degradación,  
entre la salud y la enfermedad, entre lo normal y lo anormal"*

Michel Foucault





*A Lola, por los esfuerzos realizados para inculcarme el espíritu  
del progreso y la superación desde la ternura,  
el afecto y el diálogo, en una búsqueda propia  
e incansable del desarrollo y la aventura,  
con el fin de mejorar mi persona.*



## AGRADECIMIENTOS

A la Dra. D<sup>a</sup>. Isabel María Morales Gil por haber creído en este proyecto y haberme guiado y formado a lo largo de todos mis estudios, desde mi inicio como enfermera, pasando por el máster y terminando con el culmen de la tesis.

Al Dr. D. Francisco Javier del Río Olvera por su dedicación incansable, sus ganas de enseñarme el intrincado mundo de los datos y las revistas, por haber confiado en esta investigación y haberme enseñado que la metodología es algo que te puede absorber durante horas.

Al Sr. D. Bernardo Vila Blasco, por creer en esta investigación desde el minuto uno, por su apoyo que aunque fuese en la distancia siempre sabía que estaba, y por enseñarnos que otro tipo de docencia era posible, que enseñar va más allá que la transmisión de conocimientos.

Al Dr. D. Francisco Cabello Santamaría y a la Sra. D<sup>a</sup> Miren Larrazábal Murillo por transmitirme e introducirme en el mundo apasionante de la sexología, y descubrirme que la compatibilidad de las dos formaciones en enfermería y sexología puede beneficiar a la profesión y a los pacientes.

A los IES Alfaguara, Casabermeja, Emilio Prados, Fernando de los Ríos y los Montecillos, a los orientadores de tales centros y, en especial, a los profesores Dr. D. Ignacio de Frutos de Blas, Sra. D<sup>a</sup> Carolina

García, Sr. D. Antonio Mirabent y Sra. D<sup>a</sup> Isabel Fernández Vargas, por pensar que la educación debe ser una formación en la vida y considerar que este proyecto ayudará a conocer mejor un aspecto del alumnado general y facilitará la educación en el ámbito afectivo-sexual de los y las adolescentes de nuestra provincia.

A mis padres, hermana y cuñado, a TI, por la comprensión mostrada a mis proyectos, mis miedos y mis metas; por los ánimos, los impulsos, y sobre todo por vuestro cariño que ha hecho de luna llena en este proceso de luces y sombras.

A todos y todas los que representáis el elenco de mis amistades, que sois muchos para nombraros en papel pero que formáis parte de lo que he llegado a conseguir, que con vuestro apoyo y vuestra inmensurable amistad habéis conseguido que no desista en el afán de seguir aprendiendo, y que haya dejado aventuras maravillosas con vosotros y vosotras para embarcarme en este proyecto y aun así estáis deseosos de seguir viéndonos y aprendiendo mutuamente.

# DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Tanto la doctoranda como los directores de la tesis declaran no tener ningún conflicto, ni interés derivado con terceros como consecuencia del desarrollo de este estudio.



## ÍNDICE

ÍNDICE .....	11
ÍNDICE DE TABLAS .....	17
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	19
INTRODUCCIÓN .....	21
MARCO TEÓRICO.....	27
CAPÍTULO 1. CONCEPTO DE SEXUALIDAD.....	29
1.1. Salud sexual.....	39
1.2. Derechos sexuales.....	41
CAPÍTULO 2. MODELOS DE EDUCACIÓN SEXUAL .....	45
2.1. Modelo moral. ....	47
2.2. Modelo de riesgo.....	49
2.3. Educación sexual para la revolución sexual y social.....	51
2.4. Modelo biográfico y profesional.....	52
CAPÍTULO 3. EVOLUCIÓN DE LA SEXUALIDAD DURANTE EL CICLO VITAL .....	59
3.1. La sexualidad en la infancia y niñez.....	62
3.2. La sexualidad en la adolescencia .....	67
3.3. La sexualidad en la edad adulta.....	67
3.4. La sexualidad en la vejez .....	68

CAPÍTULO 4. LA SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA .....	71
4.1. Identidad de género y orientación sexual.....	75
4.2. Actitudes ante la sexualidad (erotofilia-erotofobia).....	79
4.3. Prejuicios de género: Sexismo ambivalente y doble moral sexual.....	82
4.4. Mitos sobre la sexualidad.....	88
CAPÍTULO 5. PROBLEMAS DE SALUD RELACIONADOS CON LA SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA .....	97
5.1. Conductas de riesgo .....	99
5.2. Embarazos no deseados y contracepción.....	104
5.3. Infecciones de transmisión sexual. ....	106
5.3.1. VIH/SIDA. ....	108
5.4. Violencia de género.....	109
CAPÍTULO 6. EDUCACIÓN SEXUAL.....	117
6.1. Evolución histórica de la educación sexual. ....	131
6.2. Evolución de la Educación sexual en el marco de la legislación educativa en España.....	134
6.3. La educación para la salud como contexto de la educación sexual. .	142
6.3.1. El Programa Forma Joven en la Comunidad Autónoma de Andalucía.....	145
MARCO EMPÍRICO .....	149
CAPÍTULO 7. PERTINENCIA DEL ESTUDIO: JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO .....	151
CAPÍTULO 8. HIPÓTESIS .....	157



CAPÍTULO 9. OBJETIVOS .....	161
9.1. Objetivo general. ....	163
9.2. Objetivos específicos. ....	163
CAPÍTULO 10. MATERIAL Y MÉTODO .....	165
10.1. Diseño del estudio.....	167
10.2. Población y muestra.....	167
10.3. Reclutamiento. ....	168
10.4. Criterios de inclusión y exclusión. ....	169
10.5. Descripción de las variables.....	169
10.6. Descripción de instrumentos. ....	174
10.7. Procedimiento y secuenciación de la actuación.....	178
10.8. Análisis de datos. ....	179
10.9. Aspectos éticos. ....	180
CAPÍTULO 11. RESULTADOS .....	181
11.1. Características sociodemográficas de la muestra.....	183
11.2. Nivel de conocimientos sobre el VIH y otras ITS. ....	189
11.3. Prevalencia y tipos de mitos relacionados con la sexualidad.....	192
11.3.1. Mitos románticos o sobre el amor.....	192
11.3.2. Mitos sobre la sexualidad. ....	196
11.4. Actitudes hacia la sexualidad, actitudes sexistas y actitudes de doble moral. ....	207
11.4.1. Actitudes hacia la sexualidad. ....	207

11.4.2. Actitudes sexistas. ....	208
11.4.3. Actitudes de doble moral. ....	211
11.5. Descripción de las fuentes de información sobre sexualidad.....	212
11.6. Pertinencia del programa de educación sexual recibido. ....	214
CAPÍTULO 12. DISCUSIÓN.....	217
12.1. Describir las características sociodemográficas y los factores de riesgo en las conductas del área de la sexualidad de los y las adolescentes de la provincia de Málaga. ....	219
12.2. Evaluar el nivel de conocimientos sobre ITS y SIDA en los y las estudiantes de los institutos de la provincia de Málaga.....	222
12.3. Identificar los mitos que entorpecen y tergiversan la educación sexual recibida por dicha población.....	224
12.3.1. Mitos románticos o sobre el amor.....	224
12.3.2. Mitos sobre la sexualidad. ....	226
12.4. Conocer las actitudes hacia la sexualidad, actitudes sexistas y actitudes de doble moral y establecer una relación existente con las variables del estudio, edad, género y curso académico. ....	229
12.4.1. Actitudes hacia la sexualidad. ....	229
12.4.2. Actitudes sexistas. ....	230
12.4.3. Actitudes de doble moral. ....	232
12.5. Describir las fuentes de donde obtienen los y las adolescentes la mayor parte de la información sexual.....	233
12.6. Valorar la adecuación del programa de educación sexual que reciben los y las escolares malagueños/as en materia de educación sexual. ....	234

CAPÍTULO 13. LIMITACIONES .....	239
CAPÍTULO 14. CONCLUSIONES.....	243
CAPÍTULO 15. PROSPECTIVA.....	249
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	253
ANEXOS .....	287
ANEXO I. CUESTIONARIO DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS .....	289
ANEXO II. ESCALA DE MITOS SOBRE LA SEXUALIDAD .....	291
ANEXO III. ESCALA DE MITOS SOBRE LA SEXUALIDAD (FINAL) .....	295
ANEXO IV. ESCALA DE DOBLE MORAL .....	297
ANEXO V. ESCALA DE MITOS SOBRE EL AMOR .....	299
ANEXO VI. ESCALA DE CONOCIMIENTOS SOBRE VIH Y OTRAS ITS PARA ADOLESCENTES (ECI).....	301
ANEXO VII. ENCUESTA REVISADA DE OPINIÓN SEXUAL (EROS) .....	303
ANEXO VIII. VERSIÓN EN CASTELLANO DEL AMBIVALENT SEXISM INVENTORY .....	305
ANEXO IX. PUBLICACIONES DERIVADAS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN I. ....	307
ANEXO X. PUBLICACIONES DERIVADAS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN II. ....	323



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de los estudiantes de la E.S.O. en la provincia de Málaga por género y por tipo de centro. ....	167
Tabla 2. Operativización de las variables de estudio. ....	173
Tabla 3. Distribución de la muestra por centros académicos. ....	183
Tabla 4. Distribución en función de las variables estudios de los padres y de las madres. ....	186
Tabla 5. Puntuaciones media (M) y desviaciones típicas (DT) de la escala ECI en función del curso escolar y del sexo.....	189
Tabla 6. Porcentajes y frecuencia de acierto correcto en cada ítem del cuestionario ECI. ....	190
Tabla 7. Puntuación media y desviación típica del cuestionario EMA en función de las variables sexo, curso académico y orientación sexual. ....	192
Tabla 8. Puntuación media del cuestionario EMA (M), desviación típica (DT) y porcentaje de acuerdo con el ítem (%). ....	194
Tabla 9. Análisis de los ítems de la escala inicial en la muestra piloto. ....	196
Tabla 10. Análisis de los ítems de la escala definitiva en la muestra final. ....	199
Tabla 11. Matriz de componentes rotados. ....	201
Tabla 12. Contraste de las puntuaciones medias obtenidas en el cuestionario EMS en sexo, curso académico y orientación sexual. ....	202
Tabla 13. Puntuación media del cuestionario EMS (M), desviación típica (DT) y porcentaje de acuerdo con el ítem (%). ....	204

---

Tabla 14. Correlaciones significativas (al 0,01) ítem-ítem del cuestionario EMS. ....	205
Tabla 15. Correlación de Spearman que presentan nivel de significación entre la edad en la que tuvieron el primer novio y varios ítems de distintos mitos del cuestionario EMS. ....	206
Tabla 16. Correlación de Spearman que presentan nivel de significación entre la edad de la primera relación sexual y varios ítems de distintos mitos del cuestionario EMS. ....	206
Tabla 17. Puntuaciones medias (M) y desviación típica (DT) en función del sexo, el curso escolar y la orientación sexual. ....	207
Tabla 18. Puntuaciones medias totales (M) y desviaciones típicas (DT) para el ASI, sexismo benévolo y sexismo hostil en función del sexo, el curso académico y la orientación sexual.....	209
Tabla 19. Puntuaciones de las medias totales (M) y las desviaciones típicas (DT) para EDM, en función del sexo, el curso académico y la orientación sexual.....	211

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución de la muestra por nacionalidades. ....	184
Gráfico 2. Distribución de la muestra según el sexo y comparación de la distribución con la población real del curso académico 2014/15.....	185
Gráfico 3. Histograma de la distribución de frecuencias de la edad.....	185
Gráfico 4. Distribución de la muestra en función de la pareja. ....	187
Gráfico 5. Frecuencia de los métodos anticonceptivos que utilizan en la actualidad.....	188
Gráfico 6. Distribución según los porcentajes de la fuente de información sobre sexualidad como primera opción.....	213
Gráfico 7. Distribución de la percepción de la calidad de la educación sexual que tienen los adolescentes.....	215





## INTRODUCCIÓN



## INTRODUCCIÓN

En pleno siglo XXI, en un país desarrollado como España, con una cultura occidental donde la gran mayoría de la población tiene acceso a una información amplia y corroborada, parece implícito que los y las adolescentes de nuestra sociedad están bien formados e informados sobre todos los temas relevantes en su vida, entre los que se encuentra la sexualidad.

En la actualidad, las distintas orientaciones sexuales, así como las distintas identidades de género son admitidas socialmente. De igual modo las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y los posibles problemas derivados de nuestra sexualidad, como puede ser la violencia de género o los embarazos no deseados, son puestos sobre la mesa de los diálogos sociales y presentados por los medios de comunicación constantemente, siendo su visibilidad signo de lucha contra estos males sociales. En la misma línea, se busca socialmente la paridad, existiendo cada vez más mujeres en cargos directivos e influyentes.

Con este reflejo social, podríamos creer que las generaciones presentes tienen y las venideras tendrán una formación en sexualidad cada vez mayor, exentas de falsas creencias y mitos, y con conocimientos fundamentados en la ciencia. Mas esto es sólo un reflejo de la superficie que nos rodea, pues aún hoy en día podemos observar que la realidad es bien distinta en la profundidad del asunto. Si nos fijamos en los datos, y dejamos atrás la creencia popular, podremos observar cómo los y las adolescentes de la población española, siendo ellos y ellas los que reflejan los cambios producidos en las nuevas generaciones, siguen presentando altas cotas de conductas de riesgo.

En España podemos observar cómo ha disminuido en los últimos años la edad media de la primera relación sexual situándose en torno a los 14-15 años (Giménez-García, Ruiz-Palomino, Gil-Llario, Ballester-Arnal, & Castro-Calvo, 2016; Teva, Bermúdez, & Buela-Casal, 2011). A la misma vez que han aumentado el número de ITS (Área de vigilancia del VIH y conductas de riesgo, 2015a), salvo el VIH, y se mantienen las cifras de embarazos no deseados (Folch et al., 2015). Pero este panorama se extiende más allá de los problemas físicos de salud, existiendo aún hoy en día entre la población juvenil creencias

sexistas (Fernández, 2014). De igual modo, aumenta día a día entre ellos la violencia de género, ya sea en el mundo real o virtual, y las conductas de riesgo como el sexting (Fajardo, Gordillo, & Regalado, 2013; Merino, 2016).

Se ha de tener en cuenta que la conducta sexual está sujeta a la interacción de diversas variables biológicas, psicológicas y sociales, siendo una conducta aprendida y sujeta a leyes, como otros aprendizajes sociales (Hurtado, 2002). A su vez, se forja desde los primeros años la concepción que tiene una persona sobre sí misma como ser sexuado, y el valor que le otorga a los otros y a las relaciones sociales. Es fundamental, por ello, tener una buena educación sexual desde la infancia, pues es dónde se tejen las bases para aprendizajes futuros relacionados con las relaciones afectivo-sexuales.

Pero no basta sólo con una educación preventiva, o con omitir una educación activa, debido a que los medios de comunicación y las nuevas tecnologías en las que están inmersas las nuevas generaciones van a proporcionar numerosos modelos de conducta sexual. Existen además demasiadas ausencias y distorsiones, en un aprendizaje que es mayoritariamente observacional. Por eso, es de suma importancia proporcionarles modelos reales, con los cuales puedan hacer una identificación que pueda superar a la imitación proporcionada por estos medios.

En este escenario social real, es en el que se han analizado los conocimientos que poseen los y las adolescentes de la provincia de Málaga, y cuáles son sus necesidades de formación fundamentada en los mitos y falsas creencias que poseen, además de la ausencia de conocimientos sobre la sexualidad.

Esta tesis doctoral se estructura en dos grandes bloques: el marco teórico y el empírico. El **marco teórico** incluye seis capítulos de revisión bibliográfica y de fundamentación teórica. El **marco empírico** comprende nueve capítulos donde se exponen el planteamiento de la investigación, los análisis realizados, la descripción de los resultados y la discusión y conclusiones resultantes.

En el primer capítulo se contextualiza el término *sexualidad*, definiendo la sexualidad entendida hoy en día como parte integradora del ser humano y haciendo un repaso por los cambios que ha sufrido su conceptualización a través de la historia. Asimismo, se acotará lo que se entiende como salud sexual y se mostrarán los derechos sexuales recogidos en la actualidad para todas las personas.

En el segundo capítulo se desarrollan los diferentes modelos de educación sexual, existentes todos ellos en los diferentes países del mundo y coexistiendo varios incluso en el mismo país.

En el tercer capítulo se presenta la evolución de la sexualidad a lo largo del ciclo vital de las personas y los cambios que en cada etapa de la vida se presentan.

En el capítulo cuarto se plantea de forma más extensa la sexualidad en la etapa de la adolescencia, ya que es la población muestra de esta investigación. Además, se contextualizan las características de la sexualidad que la hacen propia de cada persona como son, por un lado, las identidades de género y las orientaciones sexuales y, por otro lado, las actitudes hacia la sexualidad basadas en el concepto bipolar de erotofilia-erotofobia. A la vez que se describen los prejuicios de género, manifestados por el sexismo ambivalente y la doble moral sexual. Finalmente, se plantean los diferentes mitos sobre la sexualidad que distorsionan la sexualidad saludable de las y los adolescentes.

En el quinto capítulo se muestran los distintos problemas de salud relacionados con la sexualidad en la adolescencia, conceptualizando las conductas de riesgo llevadas a cabo por la población adolescente. Se dimensiona la magnitud del problema de las ITS y el VIH, de los embarazos no deseados y las interrupciones voluntarias de los embarazos, además de la violencia de género.

En el sexto capítulo se explican los antecedentes y estado actual de la educación sexual, destacando la evolución en el marco de la legislación educativa en España. Se contextualiza la educación para la salud como

contexto de la educación sexual y se revisa el programa de *Forma Joven* de la comunidad autónoma de Andalucía, que es el encargado de realizar la educación sexual en dicha comunidad.

La segunda parte, dedicada al Marco Empírico, comienza con el capítulo séptimo, en el que se describe la pertinencia del estudio llevado a cabo.

En los capítulos octavo y noveno se definen las hipótesis y los objetivos tanto generales como específicos que se pretenden alcanzar en la presente tesis doctoral.

En el décimo capítulo se describen las características metodológicas de la investigación: el diseño del estudio, la población y la selección de la muestra, el proceso de reclutamiento, la definición conceptual, las distintas variables y los instrumentos de recogida de datos, detallando las características de los distintos instrumentos seleccionados; y finalmente la metodología de análisis y las consideraciones éticas.

En el undécimo, duodécimo y decimotercer capítulos, se exponen los resultados y la discusión de los mismos. Se discuten los resultados más destacados que se han obtenido en la investigación y se consideran también las limitaciones de este trabajo.

En el decimocuarto y el decimoquinto capítulos, se exponen las conclusiones y consideraciones finales y se reflexiona sobre las implicaciones tanto para la intervención como para la investigación.

Finalmente, se incluyen las Referencias Bibliográficas y Anexos que relacionan los diferentes materiales y herramientas utilizadas en el desarrollo del estudio, que ha dado lugar a la presente tesis doctoral.

**PARTE I**

**MARCO TEÓRICO**

## Contenido.

- Capítulo 1. Concepto de Sexualidad.
- Capítulo 2. Modelos de educación sexual.
- Capítulo 3. Evolución de la sexualidad durante el ciclo vital.
- Capítulo 4. La sexualidad en la adolescencia.
- Capítulo 5. Problemas de salud relacionados con la sexualidad en la adolescencia.
- Capítulo 6. Educación sexual.



# CAPÍTULO 1

## CONCEPTO DE SEXUALIDAD

## Contenido.

1. Salud sexual.
2. Derechos sexuales.

En primer lugar vamos a conceptualizar *la sexualidad*, puesto que se concibe como el constructo base en el que se sustentan los modelos de educación sexual. El concepto de *sexualidad* es un constructo difícil de aprehender, puesto que lo único que nos viene impuesto biológicamente es la realidad corporal. A su vez ésta será modulada por la cultura, significando dicha realidad entenderse como hombre o mujer (sexo), y posteriormente en base a los procesos de sociabilización, como «masculino» o «femenino» (género). Este proceso de identificación se realiza inconscientemente, además, bajo la legitimidad de la sociedad en la que haya nacido esa persona presentando las diferencias entre «*normal/natural*» y «*anormal/contranatural*». En la mayoría de las sociedades, es admitido, exclusivamente, la diferenciación de dos sexos-dos géneros, y una orientación heterosexual (Lameiras & Carrera, 2009). A pesar de ser la norma, en las últimas décadas, y tras muchos esfuerzos, se va consiguiendo que al menos en las sociedades occidentales esta representación normativa vaya cambiando y abriéndose. En esta concepción, se puede decir, que la *sexualidad* es un fenómeno cultural, que ha estado presente en todos los tiempos y grupos humanos, y que es actualmente cuando toma mayor visibilidad en las culturas más avanzadas (Ayuso & García, 2014). Por ello, la *sexualidad* se convierte en un concepto que necesita seguir evolucionando y ser trabajado, en el afán por recuperar su dignidad como parte imprescindible y presente de las personas, dejando de ser un simple atributo impuesto y un bien consumible, para convertirse en una cualidad gozada por todos y todas (Amezúa, 1999; Arnaiz, 2002; Malón, 2004). Con esta idea se intenta resaltar el hecho de que no tenemos una *sexualidad*, sino que somos «*seres sexuados*», entendiendo por esto, que no estamos limitados a unas características dadas. Más bien al contrario, que somos seres con capacidad de sentir, gozar, expresar y comunicarnos a través del cuerpo. Bajo éstas directrices se justifica la necesidad de una adecuada educación sexual, como se viene perfilando desde hace tiempo (Carrera et al., 2013; Heras, Lara, y Fernández-Hawrylak, 2016; Lameiras, Carrera, Núñez, & Rodríguez, 2006).

Antes de todo, vamos a analizar las diferentes definiciones propuestas por varios autores. Masters, Johnson y Kolodny (1987, p. 31) afirman que “la

sexualidad humana es un fenómeno pluridimensional que comprende aspectos biológicos, psicosociales, conductuales, clínicos, morales y culturales. Ninguna dimensión de la sexualidad, tomada aisladamente, tiene validez universal”. En esta misma línea, López (1990) la define como una dimensión que integra numerosos niveles y, en cuanto tal, mediatiza todo el comportamiento humano a la vez que es mediatizada por todo lo que el ser humano es. Se puede observar en estas definiciones el aspecto dinámico y cambiante de la sexualidad, la cual está sujeta a la interpretación que haga una sociedad dada de ella (López, 2005; Melendo, 2007). A pesar de ello, en estas definiciones únicamente se menciona la influencia que se hace desde la globalidad de la cultura. Serán Barragán y Bredy (1996, p. 15) quienes muestren de esta realidad componentes importantes antes no señalados, puesto que, la ven como un “conjunto amplio de manifestaciones comportamentales y actitudinales que fundamentalmente se estructuran por influencias culturales y sociales más que por un determinismo exclusivamente biológico”. Pero además según ellos, la sexualidad “... explica procesos sociales tan importantes como la identidad sexual, el concepto de género, los roles o los vínculos afectivos; instituciones como la familia o el matrimonio; el divorcio, y funciones como las de comunicación, placer o reproducción”. De tal modo, que no podrá entenderse al margen del mundo social, ni el mundo social sin la sexualidad. Es con estos autores, cuando se abre la posibilidad de pasar de una sexualidad normativa a una sexualidad identificadora de cada persona. Debido a la variabilidad de definiciones, y a la celeridad de los cambios sociales, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en un encuentro técnico en 2002, redacta una definición de forma global:

Sexuality is a central aspect of being human throughout life and encompasses sex, gender identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction. Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviors, practices, roles and relationships. While sexuality can include all of these dimensions, not all of them are always experienced or expressed. Sexuality is influenced by the

interaction of biological, psychological, social, economic, political, cultural, ethical, legal, historical, religious and spiritual factors [La sexualidad es un aspecto central del ser humano durante toda su vida y comprende sexo, genero, identidades y roles, orientación sexual, erotismo, placer, intimidad y reproducción. La sexualidad se experimenta y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Mientras que la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas se expresan o experimentan. La sexualidad está influenciada por la interacción de los factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, étnicos, legales, históricos, religiosos y espirituales]. (WHO; World Health Organization, 2006, p.5)

Como se puede observar en esta última definición, la sexualidad tiene un aspecto muy amplio y variado; pues recoge desde la identidad personal, a cómo vive cada persona su propia sexualidad y cómo ésta es interpretada dentro de la cultura de la persona y de la sociedad en la que vive. Es por ello que cada vez somos más conscientes de que la sexualidad tiene que ver con el cambio, y que lo que se denomina “*sexual*” es, a igualdad de partes, producto del lenguaje, la cultura y de la naturaleza (Weeks, 1993).

En resumidas cuentas, para tener claro dónde hemos llegado debemos analizar cómo ha sido la evolución del constructo. El presente no se comprende sin una concepción del pasado. Es por ello, por lo que realizaremos un repaso rápido de la conceptualización de la sexualidad a lo largo de la historia.

- Próximo Oriente y mundo mediterráneo: Se dispone de poca información sobre las conductas y actitudes sexuales en los diversos pueblos anteriores al año 1600 a.C.; únicamente nos ha llegado que la mujer era concebida como una posesión y que la sexualidad era entendida desde la reproducción (Masters et al., 1987). Con la aparición del judaísmo empieza a haber una interacción de actitudes en torno a la sexualidad. Por su parte, en

la Antigua Grecia se dio una tolerancia a ciertas formas de homosexualidad, siempre que fuese entre un adulto y un prepúber; las mujeres, en cambio, no pasaban de ser meras posesiones (Foucault, 1976). Por último, en la primera fase del cristianismo se adoptaron pautas griegas de separación de los tipos de amor (amor carnal-EROS/amor espiritual-ÁGAPE<sup>1</sup>). Es a finales del s.VI d.C. cuando la Iglesia pone de manifiesto sus posturas negativas en torno al sexo.

- Lejano Oriente y el mundo musulmán: La actitud frente al sexo en el Lejano Oriente, el hinduismo y el Islam era mucho más positiva que en Occidente. Por eso proliferaron en estas sociedades los tratados eróticos, muchos de los cuales se han conservado hasta nuestros días (Figari, 2007). Esta diferencia de apreciación de la realidad ha proseguido a lo largo del tiempo.
- La Edad Media y el Renacimiento en Europa: Durante los siglos XII y XIII, la tradición cristiana sobre la sexualidad arraigó en Europa, siendo la postura oficial el repudio, salvo cuando el objetivo fuese la procreación. Es en esta época cuando empiezan a ser objeto de estudio las enfermedades y los problemas derivados de las prácticas sexuales. En contraposición, el Renacimiento, con el resurgimiento del humanismo y de las artes en Europa, se caracterizó por su enfoque abierto en los temas relativos a la sexualidad humana, así como un desapego de las fórmulas de amor sublime, al menos teóricamente. Por su lado, la Reforma protestante se mostró más tolerante que la Iglesia católica. (Moreno, 1990).

---

<sup>1</sup> Tanto *EROS* como *ÁGAPE*, son tipologías del amor romántico. *EROS*, corresponde a un amor pasional que se caracteriza por una pasión irresistible, con sentimientos intensos, una fuerte atracción física y actividad sexual. Por su parte, *ÁGAPE*, simboliza el amor desinteresado y altruista, caracterizándose por la renuncia y la entrega total a la pareja (Lee, 1988).

- Los siglos XVIII y XIX: Al hablar de sexualidad en estos siglos hay que tener en cuenta que existían diferencias según el país, los estratos sociales y los grupos religiosos. En rasgos generales se considera que fueron dos siglos oscuros de represión sexual de la “sociedad victoriana”, basada en la doble moral. De tal modo que la sexualidad queda recluida a la alcoba, con el único fin de la fecundación; donde la mujer era repudiada y considerada inferior al hombre (Luque, 2008). En la sociedad europea de la Ilustración se desarrolla la primera ola de feminismo, cuando la polémica sobre la naturaleza de la mujer y la jerarquía de sexos, también llamada la *polémica feminista*, se planteaba en términos diferentes a los de siglos anteriores. A pesar de ello, existe un repunte en el que aparece en el s. XIX la sexología como ciencia. Desde esta disciplina y desde la medicina se refleja la actitud negativa hacia la sexualidad característica de la época, una sexualidad sanitarizada. En España, verá la luz una corriente «naturalista» que pretenderá exponer con detalle y sin tapujos las pasiones humanas y los «vicios» relacionados con ellas (Guereña, 2004).
- El siglo XX: Con la llegada del nuevo siglo se empieza a investigar la sexualidad de forma más objetiva, coincidiendo con una eclosión científica en diferentes ámbitos, en torno a la Viena de “fin du siècle”. Se conjugan con las teorías de Freud las obras de científicos relevantes como Albert Moll, Magnus Hirshfeld, Iwan Bloch y Havelock Ellis, para iniciar un contundente cambio de mentalidad en relación al sexo. Tras la Gran Guerra se favorece la desinhibición del sexo, dando paso al compromiso profesional de las mujeres con la revolución sexual, precedido por el compromiso de éstas por el movimiento sufragista femenino y la incorporación de las mismas a las industrias en la Primera Guerra Mundial. Es en los años 20, cuando se crea un movimiento organizado bajo el nombre de “*Liga mundial para la reforma sexual sobre bases científicas*”, en la que Hirshfeld, Ellis y Forel fueron los directores.

La idea central de esta liga se basa en la continuación de la modernización de los sexos iniciada tras la Ilustración (Amezúa, 2004). Ya a principios de los años 60, varios factores generaron el inicio de una revolución sexual más visible que las anteriores (Ayuso & García, 2014). Los factores que lo generaron fueron: la facilidad de obtener las píldoras anticonceptivas, los «*nuevos movimientos sociales*» (como el movimiento hippie, las revueltas estudiantiles o el movimiento de la liberación gay, entre otros), el resurgimiento del feminismo moderno europeo, y una mayor franqueza en las conversaciones y manifestaciones de orden sexual. Estos cambios se ven favorecidos por la generalización de las sociedades de masas en el mundo occidental y el *baby boom* que se produjo con el fin de la Segunda Guerra Mundial. Gracias a esta apertura respecto a la sexualidad se publicaron cantidad de obras menos técnicas y la televisión pasó a ocupar un papel fundamental en dicha revolución. No obstante a finales del siglo XX en Estados Unidos se inició un proceso de cuestionamiento de “*unas pautas de conductas sexuales (consideradas) demasiado tolerantes*”, por los sectores más conservadores de la población (Masters et al., 1987).

- *Principios del siglo XXI*: En un contexto marcado por un desarrollo tecnológico muy importante y por la llamada globalización económica la sexualidad se ve inevitablemente influenciada. Aun así, la mayoría de las aportaciones teóricas anteriores siguen siendo utilizadas para interpretar los comportamientos sexuales, ya que no se ha conseguido imponer ningún paradigma fuerte en este ámbito, en consonancia con el resto de ámbitos de conocimientos. Existen varios factores a tener en cuenta para abordar la sexualidad en la actualidad: a) La secularización de la vida privada, acompañada de la liberación de la sexualidad respecto de la reproducción («*sociabilización de la sexualidad*»); b) La revolución de la intimidad debida a los cambios en la familia y la conquista del



amor al matrimonio a partir de los años 60 (Coontz, 2005); c) La erotización de la vida cotidiana, en la que los mensajes y símbolos de carácter sexual son un reclamo característico de la sociedad de consumo, a la vez que se mercantiliza el cuerpo; d) La vinculación de la sexualidad a los procesos de construcción de la identidad (Osborne & Guasch, 2003); e) Por último, la existencia de redes virtuales sexuales paralelas que pueden alterar las redes personales, complementarlas o sustituirlas, adoptando las mismas problemáticas y construyendo sujetos posthumanos<sup>2</sup> con el favorecimiento de las categorías binarias (activo/pasivo, femenino/masculino, heterosexual/homosexual) e invalidando el pensamiento abstracto, amparado en el consumismo y la publicidad (Giraldo, 2013).

Según Foucault (1976) si se observa la historia de la sexualidad en función de grandes cambios, ésta se divide por dos rupturas importantes. La primera, durante el s. XVIII con el nacimiento de las grandes prohibiciones, una única sexualidad adulta y matrimonial, la evitación obligatoria de lo carnal, y los silencios y pudores que se impusieron al lenguaje. La segunda, en el siglo XX cuando se produjo una inversión de la curva, de tal modo que se instauró una tolerancia relativa de las relaciones prenupciales o extramatrimoniales, la atenuación de las calificaciones de los “perversos” junto con la eliminación de las condenas por parte de la ley, además del levantamiento del ocultismo y los tabúes que había sobre la sexualidad infantil. Unas décadas después, Weeks (1998) añade una ruptura más, anterior temporalmente a las mencionadas por Foucault. Dicho autor la sitúa en el siglo I de nuestra, desarrollada por las innovaciones de este siglo antes del advenimiento general de un Occidente cristianizado, cuando se impuso una austeridad sexual y una desaprobación cada vez mayor del sexo por placer, “mollities”. A pesar de estas rupturas teóricas, si queremos comprender fructíferamente la historia de la sexualidad, no podemos adoptar la idea de sexualidad como una dicotomía entre represión

---

<sup>2</sup> Los sujetos posthumanos o cibercuerpos, son considerados nuevas subjetividades, con la característica intrínseca de ser formas alternativas a lo orgánico, dentro del medio virtual (Giraldo, 2013).

y liberación. Si no que se ha de entender que la sexualidad no es un hecho dado, es un producto de negociación, luchas y acciones humanas, marcado por el contexto social en el que viven las personas.

A modo de resumen, podemos decir que la visión previa a la apertura que se inicia con el siglo XX de la sexualidad la mostraba como una sexualidad biologicista, centrada en el coito, procreacional y matrimonial, por lo tanto heterosexual; con un carácter adulto, que negaba la sexualidad de la infancia y de la vejez, de las personas con discapacidad y de las minorías. Y que ocultaba los problemas (abuso, acoso, violación), e imponía una identidad rígida y estable (Lameiras & Carrera, 2009; López, 2005). En cambio la sexualidad, desde la visión actual, se define como constructivista, con muchas funciones, siendo una dimensión más y un derecho de toda persona, lo que conlleva diversas identidades y orientaciones del deseo; la enmarca en todas las etapas del ciclo vital de todos y todas. Ya que se previene, se detecta y se denuncia todas las formas de violencia sexual, y con una identidad de proceso en continua construcción y reajuste (Barberá, 1998; Fernández, 1996).

Una vez definido el concepto de sexualidad y observado sus características en cada momento histórico, reseñaremos las dos premisas básicas en las que se basa la sexualidad humana: por un lado, la *cualidad* del ser sexuado, el ser capaz de dar a la identidad un perfil propio y personal; y, por otro lado, la *calidad* del ser sexuado, el desarrollo de la capacidad de sentir, gozar, expresarse o comunicarse a través del cuerpo (Lameiras & Carrera, 2009). Según López (2005), la sexualidad tiene a su vez unas características importantes: a) que no es una dimensión anulable de la persona; b) que está presente en todas las etapas vitales; c) que no se limita a la función de reproducción; d) que es una forma privilegiada de obtención de placer en todas las edades; e) que su forma concreta de expresarse en conductas y de vivenciarse no viene prefijada. Esto es importante de tener en cuenta, ya que hacen de base y estructura a la hora de proporcionar una educación sexual positiva y permisiva, y por ello no sesgada en función de los prejuicios culturales de los educadores y las educadoras.

Es importante tener en cuenta que, en el momento de hacerse presente nuestra sexualidad, ésta lo hace a través de conductas sexuales, que a su vez vienen condicionadas por las actitudes hacia la sexualidad. Las *actitudes hacia la sexualidad* son una predisposición a opinar, sentir y actuar ante objetos sexuales, situaciones, personas, normas o costumbres sociales y conductas sexuales (Diéguez, López, Sueiro, & López, 2005). Tienen, por lo tanto, componentes cognitivos o mentales (prejuicios positivos o negativos), afectivos o emocionales (reacción de aceptación o rechazo) y conductuales o comportamentales (inclinación a actuar de una forma u otra). Una vez visto esto, sabemos que la educación sexual y la cultura donde más influyen son en las actitudes. Es desde aquí desde dónde se puede trabajar para obtener una sexualidad aceptada por la persona y por su entorno.

Podemos decir a modo de resumen que, los intentos contemporáneos por desarrollar un enfoque histórico de la sexualidad están basados en el afán de cuestionar el carácter natural e inevitable de las categorías sexuales que nos han sido heredados. Ya que, tal y como hemos visto, a lo largo del tiempo existen evidencias de que la sexualidad está sujeta a un enorme grado de modelación sociocultural, al punto de que como dice Plummer (1975, p. 32) “Sexuality has no meaning other than that given to it in social situations” [la sexualidad no tiene más significado que el que se le da en situaciones sociales].

### 1.1. Salud sexual.

La *salud sexual* en sus inicios fue definida por la OMS en el Encuentro Técnico de 1972 de la siguiente forma: “Sexual health is the integration of the somatic, emotional, intellectual and social aspects of sexual being, in ways that are positively enriching and that enhance personality, communication and love” [La Salud Sexual es la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, en formas que enriquecen positivamente y que realzan la personalidad, la comunicación y el amor] (World Health Organization, 1975, p. 6). Desde este momento se empiezan a crear diferentes

definiciones y se desarrollan variaciones del concepto, que impiden dar una respuesta unánime de carácter global e internacional. Vamos a reseñar la dada por Lottes (2000, p.17), en la que define la *salud sexual* como: “la capacidad de la persona para disfrutar y expresar su sexualidad libre de riesgo de enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, coerción, violencia y discriminación”. La hemos destacado puesto que es la más definitoria, y es sobre la que luego trabajará la OMS al hablar de un estado de bienestar relacionado con la sexualidad, desde un acercamiento positivo y respetuoso a ésta. A consecuencia de las variaciones y la poca uniformidad en las definiciones de éste y otros conceptos esenciales respecto a la sexualidad, en 2002 la OMS realiza un encuentro técnico cuyo objetivo principal será la definición de estos conceptos. En esta conferencia la *salud sexual* será definida como:

un estado de bienestar físico, emocional, mental y social con relación a la sexualidad; no la mera ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual necesita un acercamiento positivo y respetuoso a la sexualidad y a las relaciones sexuales, así como, la posibilidad de obtener experiencias placenteras y seguras, libre de coacción, discriminación y violencia. La salud sexual debe defender, proteger, mantener y respetar los derechos sexuales de todas las personas. (BZgA, 2010, p. 24; WHO, 2006)

Esta definición se ha ratificado en las siguientes publicaciones de este organismo en las que se hayan definido dicho concepto.

Gruskin (2005) incorpora al concepto de *salud sexual* los elementos conceptuales, cuando se ve ésta de una forma positiva e integral. Estos elementos los clasifica de la siguiente forma:

- La salud sexual guarda una estrecha relación con el bienestar, no únicamente la ausencia de enfermedad.
- Implica el respeto, la seguridad y la ausencia de discriminación y violencia.

- Depende del cumplimiento de ciertos derechos humanos.
- Es relevante a lo largo de la vida entera del individuo, no sólo de aquellos en edad reproductiva, sino que también para los jóvenes y los ancianos.
- Se expresa a través de diversas sexualidades y formas de expresión sexual.
- Es influenciada de una forma crítica por las normas de género, roles, expectativas y dinámicas de poder.
- La salud sexual debe ser atendida dentro de los contextos específicos sociales, económicos y políticos.

## **1.2. Derechos sexuales.**

Debido al proceso de cambio que ha sufrido la salud, y a la necesidad de protección de las personas se han creado derechos universales de los seres humanos. Respecto a la sexualidad, desde la OMS se redactan y apoyan los derechos universales conforme a la sexualidad que poseen todos los individuos del planeta; es decir, la aplicación específica de los *Derechos Humanos* a la sexualidad y la salud sexual, que constituyen en su conjunto los *Derechos Sexuales*. Éstos están ya reconocidos en documentos internacionales y regionales de derechos humanos, en documentos de consenso y en leyes nacionales. La primera redacción fue en 2002, ampliándolos en la Conferencia de 2006, que son los que vamos a desarrollar, pues siguen la misma línea que nuestro trabajo. Con respecto a éste podemos decir que, poseer una buena salud sexual está ligado al grado en el que los derechos humanos sean respetados, protegidos y cumplidos. Los derechos sexuales incluyen:

- Los derechos a la igualdad y a la no discriminación.
- El derecho a no ser sometido a torturas ni a tratos crueles, inhumanos o degradantes.
- El derecho a la privacidad.
- Los derechos al más alto nivel de salud (incluida la sexual) y de seguridad social.

- El derecho a casarse y fundar una familia, y a contraer matrimonio con el libre y pleno consentimiento de los futuros esposos, y en la igualdad y disolución del matrimonio.
- El derecho a decidir el número y el espaciamiento de los hijos.
- Los derechos a la información y a la educación.
- Los derechos a la libertad de opinión, de expresión, y a un recurso efectivo para violaciones de los derechos fundamentales (BZgA, 2010).

Debemos tener presente que hay que ejercer con responsabilidad los derechos humanos propios, y para ello no olvidar que esto requiere que todas las personas respeten los derechos de las demás personas. Los derechos sexuales tienen la función de proteger de forma institucional los derechos de todos los que expresan su sexualidad y disfrutan de una salud sexual saludable, teniendo en cuenta los derechos de forma general y ofreciendo un marco de protección contra la discriminación.

Una vez conceptualizados los *derechos sexuales*, debemos aclarar que estos derechos están pensados y redactados para los adultos, por ello no todos se aplican de forma automática a infantes, infantas y adolescentes. Además algunos de estos derechos en los niños y niñas están ratificados por varias partes, como puede ser el derecho a la información que recoge *Los Derechos del Niño de la Naciones Unidas*, que resultaron de la Convención de 1989 (UNICEF, 2006). En el Artículo 43 de dicha Convención se establece claramente el derecho a la libertad de expresión, elección, transmisión de información y las ideas de todos los niños y niñas. Se puede extraer de aquí su derecho a una información adecuada sobre la sexualidad y, sobre todo, a la expresión libre y sin coacción de sus sexualidades.

Los derechos sexuales han sido adoptados tanto por parte de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) como por la OMS. Ésta última publicó en 2008 una declaración donde reconocen los derechos sexuales como requisitos esenciales para alcanzar la salud sexual para todas las personas. También indicaron lo que entendían por educación sexual, siendo

el aprendizaje de los aspectos cognitivos, emocionales, sociales, relacionales y físicos de la sexualidad. Como podemos percibir, la *salud sexual* es un campo que se está expandiendo aún hoy en día como campo de acción, pues la investigación científica de la sexualidad saludable es muy reciente. De dicho modo, no es algo que ya esté muy asentado y depende mucho del país al que nos refiramos. De tal modo que, puede estar bajo las competencias de todos los profesionales sanitarios, como puede ser el caso de Reino Unido, España o la gran mayoría de los países desarrollados (Royal College of Nursing, 2009; Sexual Health & Sexually Transmitted Infections Section, 2008); o bien no estar recogidos en las leyes nacionales de dicho país, como puede pasar en algunos de los países en vías de desarrollo. Por eso se hace presente la necesidad de una adecuada educación sexual junto con una información sexual verídica y accesible, para que todas las personas gocen de una salud sexual dentro del marco de los derechos sexuales promulgados.





## CAPÍTULO 2

# MODELOS DE EDUCACIÓN SEXUAL

## Contenido.

1. Modelo moral.
2. Modelo de riesgo.
3. Educación sexual para la revolución sexual y social.
4. Modelo biográfico y profesional.

Dependiendo de los conceptos que posea una determinada sociedad y cultura sobre la educación y la sexualidad, adoptará ésta un modelo de educación sexual, preservándolo, perpetuándolo y siendo coherente con dichos conceptos (Barragán & Bredy 1993). Debido a esto, podemos encontrarnos tantos modelos como culturas haya en el mundo (Lameiras & Carrera, 2009). Si entendemos la educación sexual como el proceso de construcción de un modelo de representación y explicación de la sexualidad humana acorde con nuestras potencialidades personales, y limitado sólo por el respeto hacia la libertad de las demás personas, se convierte en un mito el hecho de que exista una educación sexual global extensible a nivel general sin modificaciones y válida por igual para todo el mundo. En este sentido debemos analizar críticamente los fundamentos de los modelos que se nos proponen, contrastar diversos modelos, conocer otras culturas y por ende la historia del conocimiento sexual (Barragán, 1994).

De manera coherente, con la evolución de la concepción de sexualidad han ido cambiando los modelos de educación sexual. En la actualidad existen cuatro modelos cohabitando en distinta proporción: el modelo moral, el modelo de riesgo, la educación sexual para la revolución sexual y social, y el modelo biográfico y profesional (Font, 1990; Lameiras & Carrera, 2009; López, 2005; López & Oroz, 1999).

## 2.1. Modelo moral.

El *modelo moral* ha sido construido por las instituciones conservadoras como reacción a las demás formas de educación sexual. Sin otra intención más allá que la de ser una respuesta reaccionaria mediante su doctrina moral, siendo ésta la de silenciar la sexualidad, reduciéndola «al secreto» (Foucault, 1995). Es también nombrado de otras muchas formas, pero con las mismas connotaciones. Entre estas formas destacan *educación para el matrimonio*, *educación para el respeto* y *educación para la abstinencia*.

Su inicio se fecha en el siglo XVII a propuesta de las sociedades burguesas, las cuales se iban desarrollando al hilo de los descubrimientos geográficos, las mejoras tecnológicas en la agricultura, los avances científicos y de la ruptura de la unidad católica con las reformas protestantes (Parker, 2013). Es por ello que el modelo moral nace como censura a ciertas prácticas a través de «la ley del silencio», presente aún en nuestros días. Este hecho coincide en el tiempo con el inicio de la «edad de la represión». A pesar de los cambios, a los que ya se ha hecho referencia, en la actualidad coexisten varios modelos de actitud tradicionalista y moralista. Suelen tener como pilares fundamentales una concepción religiosa del ser humano, en la que se admite la sexualidad sólo dentro del matrimonio heterosexual y con fines reproductivos (Carrera, Lameiras, & Rodríguez, 2013). A partir de los años 90 del siglo XX, resurge con fuerza en Estados Unidos, argumentada por el fracaso de la familia, el predominio de un entorno moral hostil, el relativismo moral y las ITS.

Desde este modelo se potencia una visión negativa, prohibitiva y morbosa de la sexualidad. A su vez, se ve favorecida la doble moral sexual, perpetuando los roles tradicionales de género y negando la sexualidad femenina y la diversidad sexual, como se observó en la sociedad victoriana o en la nacionalcatólica española (Diéguez, Sueiro, & López, 2005; Kohler, Manhart, & Lafferty, 2008). Los objetivos de esta educación son principalmente fomentar la abstinencia como único método seguro contra los riesgos de la sexualidad, preparar a las personas para el matrimonio y enseñar los principios morales, fortalecer el carácter y la voluntad del sujeto, y contrarrestar los mensajes hedonistas, liberales y contrarios a su visión de la sexualidad humana emitidos a través de los diversos canales de comunicación de la sociedad. Los contenidos que se imparten van encaminados exclusivamente a los conceptos ligados a la reproducción, la crianza de los hijos, la formación de la familia tradicional, el fortalecimiento del carácter y los valores morales defendidos por este modelo (López, 2003). Inculcando a la juventud que la única forma de evitar los riesgos es la castidad antes y fuera del matrimonio y, por supuesto, la fidelidad matrimonial. Este modelo adopta una metodología directiva por parte del educador, relegando a los destinatarios a un rol pasivo. Por consiguiente,

se concibe que sea realizada por la familia y complementada desde la escuela, desde las asignaturas de religión o valores éticos (aunque en este caso pueda parecer un contrasentido), mayoritariamente.

Pese a todo, existen características que podemos aprovechar y ver de forma positiva. Por su parte, López (2001) defiende dos características positivas de este modelo, que son el reconocimiento de la familia en la educación sexual de los hijos, y la necesidad de que la educación sexual incluya contenidos éticos. Destacamos estas dos características, ya que como sanitarios, al igual que el profesorado, es nuestra competencia educar, y complementar así el proceso que se inicia desde el nacimiento, siendo imprescindible el papel de la familia y su ámbito social, sobre todo hoy día que vivimos en una sociedad en la que prima la falta de tiempo.

## **2.2. Modelo de riesgo.**

También llamado por otros autores *modelo preventivo* o *modelo médico* (Barragán, 1996; Lameira & Carrera, 2009). Está basado en un modelo clínico-médico o higienista de la salud, donde ésta es concebida como ausencia de enfermedad o contagio. Surgió como una necesidad social cuando ciertos problemas de la salud derivados de la conducta sexual adquirieron proporciones que propiciaron alarma social (contagio por infecciones de transmisión sexual [ITS], desarrollo de la enfermedad del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida [SIDA], etc.), y se recurrió a prácticas preventivas.

En el siglo XIX la “*scientia sexualis*”, rama de la medicina, toma como interés principal la sexualidad y se preocupa por categorizar, explicar y cuantificar las conductas sexuales. Las cuales venían impulsadas por el triunfo de las ideas liberales y la extensión de los procesos de industrialización. Se impone su impartición sobre todo en Estados Unidos y Europa Occidental (Fallas, Artavia, & Gamboa, 2012). Este modelo reaparece tras la Gran Guerra debido a la alarma social provocada por los problemas de salud resultantes de prácticas de riesgo.

Desde esta concepción no hay lugar para una educación sexual encaminada a mejorar el bienestar y la calidad de vida sexual de las personas. Su objetivo principal, como bien indica su nombre es el de evitar, prevenir a la sociedad de los riesgos, de los problemas de salud derivados de la actividad sexual y sus consecuencias. A la hora de ser impartido, se desarrolla a través de dos estilos diferenciados, “*el técnico*” y “*el moralista conservador*”. “*El moralista conservador*” está relacionado con el *modelo moral*, basándose al igual que este último en la evitación de riesgos mediante el vínculo del matrimonio y negando los métodos anticonceptivos. En el estilo “*técnico*”, se elimina la valoración moral de las conductas y la liberación de la sexualidad del secreto, pero se asocia directamente con peligro y enfermedad.

Los contenidos tratados desde esta perspectiva son informaciones técnico-profesionales sobre las prácticas de riesgo, cómo deben ser evitadas, y cuáles son las consecuencias personales y sociales derivadas de las mismas. Por otro lado, abarca a la misma vez una descripción de las prácticas sexuales “seguras” que se deben llevar a cabo como forma de prevención posible. La metodología empleada es a su vez también directiva para con los educandos; aunque es regulada en su mayor medida esta vez por los Ministerios de Sanidad, de Asuntos Sociales y/o de Educación. Al tener una tendencia más sanitaria, se realiza a través de los profesionales sanitarios, los cuáles intervienen mayoritariamente para evitar enfermedades, detectarlas, si es que se han producido, y curarlas. Por ello, las formas de intervención más usadas por este modelo son: campañas publicitarias, estrategias para formar a los profesionales, charlas en escuelas u otros centros, campañas de distribución de preservativos y creación de asociaciones, centros y teléfonos específicos (como venía ocurriendo antes de *Forma Joven* y con algunos de los profesionales que se encargan de dicho programa).

Mediante las reflexiones de López (2001), se puede decir que además de todo lo mencionado, el modelo de riesgo presenta una intervención por sí sola insuficiente de cara a conseguir sus objetivos, ya que sus efectos son reducidos en el tiempo, y estas actividades necesitan ser acompañadas de formas de intervención cuyos efectos sean más estables y sólidos en el tiempo.

### 2.3. Educación sexual para la revolución sexual y social.

Este modelo de educación, “*educación sexual para la revolución sexual y social*”, nace en Viena en los años 30 del siglo XX asociado al movimiento juvenil SEX-POL<sup>3</sup> y al pensamiento de la izquierda freudiana, basada en los escritos de Sigmund Freud y Karl Marx. Fue creado por W. Reich, convencido de la necesidad de construir una teoría y una práctica que lograra la síntesis entre dichos autores, con el fin de liberar a la población de la opresión del capitalismo y la moral sexual represiva (Reich, 1972). Según su filosofía, la revolución sexual es un requisito imprescindible para la revolución social. Reich reivindica en sus escritos (1976, 1985), la necesidad de una educación sexual en la escuela, el derecho al aborto, el acceso libre a los anticonceptivos o la creación de lugares para que las y los jóvenes puedan tener relaciones sexuales en condiciones dignas. Este movimiento volvió a tomar impulso en los años 60 con la revolución sexual de las universidades de Estados Unidos, y el movimiento juvenil del 68 en París (Lameiras & Carrera, 2009).

Dicho movimiento tiene como objetivo principal aumentar la conciencia crítica de la población. A través de ésta, se busca promover la actividad sexual y la masturbación, siendo para ello la respuesta orgásmica un signo necesario para la salud. A diferencia de los dos modelos anteriores, la “*educación sexual para la revolución sexual y social*” pasa por una metodología activa, potenciando debates y análisis sociopolíticos. Si bien, apuesta porque la educación sea realizada en la escuela y en todas las edades, con la condición implícita de cambiar los aspectos necesarios del currículo oculto. Para ello, desde los servicios sociales se debe respaldar la iniciativa, y debe estar a su vez promovida por los cambios que se producen en la sociedad. Aun así, se sigue relegando a los alumnos y las alumnas a un papel pasivo y secundario. Un rasgo a destacar importante, es que en este modelo los educadores y las educadoras deben ser militantes de dicha revolución, siendo profesores y profesoras y/o profesionales sanitarios o sociales (Fallas et al., 2012).

---

<sup>3</sup> SEX-POL, siglas de la unión de las palabras y de la simbiosis de conceptos que se dieron entre “Sex” (sexo) y “Politik” (política).

Aunque haya habido repuntes en la puesta en práctica de este modelo, nunca se ha llegado a instaurar de forma completa. Debido principalmente a su complejidad, relacionada ésta con el hecho de ser a su vez un movimiento político. Se ha de tener en cuenta que no es un modelo permisivo, por su carácter militante, lo que impide aceptar otras formas de ver y sentir la sexualidad que no sea aquella aprobada por esta concepción de la realidad social del ser humano.

## 2.4. Modelo biográfico y profesional.

Aparece por vez primera en los años 50 del siglo XX en Suecia y desde allí poco a poco se ha ido extendiendo a los demás países. Surge como la alternativa más plausible y con mayor apoyo científico que las anteriores. Esto es debido a que parte del supuesto de que la educación sexual no sólo es un derecho de niños y niñas, adolescentes y jóvenes (Equipo Harimaguada<sup>4</sup>, 1995), sino también del conjunto de las personas en general, y de la diversidad de sexualidades o «biografías sexuales» en particular (De la Cruz Martín-Romo, 2003).

Los cambios sociales y estructurales que han hecho posible que este modelo surja son: el progreso científico sobre la sexualidad, abanderado por los trabajos de Alfred Kinsey<sup>5</sup> y su equipo, y de William Masters y Virginia

---

<sup>4</sup> *Harimaguada* es un colectivo formado por profesionales (profesorado, pedagogos, pedagogas, matronas, matrones, psicólogas, psicólogos,...) dedicado al estudio y promoción de la educación afectivo-sexual. Nace en 1984 y desde entonces ha desarrollado una intensa labor de investigación, experimentación y promoción de dicha educación y de la salud sexual de la población Canaria; llegando a desempeñar el programa de la Consejería de Educación de Canarias en este ámbito.

<sup>5</sup> Kinsey publicó en 1948, con la colaboración de Wardell Pomeroy y Clyde Martín, su informe *Sexual Behavior in the Human Male*, que junto con el otro informe complementario que apareció en 1953, *Sexual Behavior in the Human Female*, fueron sus dos obras más trascendentales. Los dos informes analizan las conductas sexuales de las personas, basadas en extensas entrevistas personales a 12.000 personas de todas las condiciones. Este autor sienta precedente en la investigación sobre la variabilidad de la conducta sexual humana.



Johnson<sup>6</sup>; la secularización de ésta, de forma que los educadores y profesores sean independientes de la moral sexual religiosa; el alcance de las libertades sociales básicas, también en el ámbito de la sexualidad; y las actitudes de tolerancia que permiten aceptar la diversidad como un hecho y un derecho.

Este modelo constituye el marco teórico de la educación sexual hacia la que tendemos a ir en nuestra sociedad, una educación afectivo-sexual, y en el que se sustenta este trabajo, siendo por ello por lo que se detallará más ampliamente. Pero antes debemos situarnos en el escenario actual que tenemos y en el que vivimos para entender la situación real en la que viven los y las adolescentes españoles. El *modelo moral* y el *modelo de riesgos* coexisten hoy en día y configuran un marco y un esquema de actuación en el que se desarrollan experiencias de educación sexual que se encuentran muy lejos de alcanzar los mínimos exigibles, según nuestros parámetros entendidos de educación afectivo-sexual. La simbiosis de ambos proporciona el marco actual en el que se encuadra la educación sexual actual en muchos lugares (Carrera, Lameiras, & Rodríguez, 2007; Lameiras & Carrera, 2008, 2009). Caracterizando el resultado de la síntesis de ambos modelos, en una educación sexual permisiva, una educación sanitarizada y una educación sexual para la reproducción social.

Frente a este modelo resultante de educación sexual, se proponen alternativas deseables con la que iniciar el proceso de cambio hacia el modelo biográfico y profesional, un modelo integrador y democrático, un modelo en el que lo importante es el desarrollo holístico de la persona y su sexualidad, y que está basado en una educación afectiva-sexual. Se parte desde la base de una perspectiva multifuncional; se reconoce la potencialidad de la sexualidad como una vía para la satisfacción, el placer, la realización personal, la comunicación

---

<sup>6</sup> Masters y Johnson sostenían la hipótesis que para comprender la sexualidad humana el individuo necesitaba aprender anatomía y fisiología sexual y manejar datos psicológicos y sociológicos. En 1954 iniciaron una ardua investigación sobre la excitación sexual humana. En 1965 habían estudiado más de 10.000 episodios de actos sexuales protagonizados por 382 mujeres y 312 varones. A ello le siguió su famoso trabajo científico *Human Sexual Response* (Masters, Johnson, & Kolodny, 1987).

interpersonal y la transmisión de afecto; y se pone el acento en la influencia de la cultura y la subjetividad individual.

El *modelo biográfico y profesional* es denominado por algunos autores, entre ellos Barragán, como *modelo integrador*. Su nombre es debido a que en él se da una visión más amplia de la sexualidad, entendida como “una forma de desarrollo integral, aceptando cualquier orientación sexual, el uso amplio de métodos anticonceptivos, y por supuesto, la existencia explícita de la sexualidad en todas las etapas de la vida” (Barragán, 1996). Otros autores lo denominan también como modelo *biopsicosocial*, por integrar todas las áreas de cada persona. Estos avances son importantes y significativos a la hora de educar en una sexualidad como elemento integrador de la persona, aunque, si bien es cierto, que en la actualidad se sigue reforzando más la parte correspondiente a la biología, por lo que no se cumplen los parámetros impuestos por este modelo (Carrera et al., 2013; Nieto, 2006). En cambio para que fuese integradora habría que destacar también los factores sociales y psicológicos, que forman el carácter construido y subjetivo de la dimensión sexual humana, y que es lo que nos caracteriza como seres sociales.

Este modelo tiene, por lo tanto, como base una postura relativista y plural, cimentada en el conocimiento científico, en el derecho a la diversidad de biografías sexuales y en las actitudes tolerantes y democráticas. Se basa en un concepto positivo de salud en general y de salud sexual en particular. Estos dos conceptos son necesarios para la promoción de bienestar personal y la calidad de vida de las personas y de los pueblos. Lo más importante desde esta perspectiva consiste en crear una actitud erotofílica<sup>7</sup> (con un discurso positivo), profesional (buscando continuamente conocimientos científicos y fundamentados), tolerante (aceptando la diversidad en la manera de vivir la sexualidad que no atenten a los derechos humanos) y ética (siendo responsables del ejercicio de libertad que llevemos a cabo). El marco de

---

<sup>7</sup> La actitud sexual se puede medir en la dimensión erotofilia-erotofobia, representada en un continuo donde la erotofilia se denomina a la actitud positiva hacia los estímulos sexuales, y la erotofobia es el polo opuesto del continuo que representa la actitud negativa ante estos.

referencia teórico de la educación afectiva-sexual está configurado por los grandes principios fundamentales de derechos: los Derechos Humanos, los Derechos Sociales, y los Derechos de la Mujer, Niños y Niñas, junto con las diferentes formulaciones internacionales.

El objetivo central de este modelo es ayudar a conseguir el bienestar personal y una buena calidad de vida desde la identidad y la biografía sexual que cada persona decida tener, favoreciendo la aceptación de la propia identidad sexual mediante el aprendizaje y la ayuda para la consecución de conocimientos, actitudes y habilidades que permitan, desde su biografía y capacidad de decisión, vivir las diferentes posibilidades de la sexualidad en cada edad. Aceptando la diversidad de las personas y ayudando a cada una de ellas a que eviten los riesgos, a la vez que potencian aquellas conductas que promocionan su bienestar y el de los demás (Lameiras & Carrera, 2009). Este objetivo general se desglosa en los siguientes objetivos específicos sobre los que trabajar y poder conseguir de forma concreta:

- Obtener conocimientos científicos que desmitifiquen ideas erróneas sobre la sexualidad y su actividad.
- Conseguir habilidades sociales de comunicación y de toma de decisiones.
- Adquirir actitudes erotofílicas y tolerantes hacia la diversidad.
- Fomentar una ética básica en las relaciones sexuales.
- Evitar riesgos para la salud y la integridad personal derivados de una mala práctica.

Como observamos a través de sus objetivos, los contenidos que abarca este modelo se centran en la identidad corporal y de género, la autoestima, las habilidades sociales, las emociones y sentimientos, las relaciones socio-afectivas, la actividad y conducta sexual y los principales métodos de prevención de embarazos no deseados e ITS. Dicho de otra forma, la educación sexual no debe ser únicamente la transmisión de conocimientos, sino también el aprendizaje para la intimidad, para las relaciones en las distancias cortas, para los sentimientos.

Aquí, en comparación con los tres modelos anteriores, se opta ya por una metodología activa y participativa. Son los educandos y las educandas quienes asumen su propio aprendizaje, eligiendo y organizando su biografía sexual como sujetos de pleno derecho en la toma de sus decisiones. Se busca siempre la colaboración familia-escuela, diferenciando los roles que les corresponden a cada uno, y apoyados de forma externa y global por los centros e instituciones de educación no formal que haya en cada comunidad (Fallas et al., 2012). El papel de los y las profesionales de la educación sexual o *educadores*, será el de mediadores o facilitadores de la salud correspondiendo al educando y educanda tomar las decisiones que estime oportunas para su vida sexual. Deberá ser abordado el tema desde una óptica interdisciplinar, para permitir abarcar toda la complejidad de la dimensión sexual humana sin sobredimensionar determinados aspectos por encima de otros. Las funciones de los educadores y las educadoras para con los alumnos y las alumnas son evaluar el grado de salud y las posibilidades de mejorar dicho estado, y ofrecer formación a los educandos y las educandas y prestarles la ayuda necesaria para acomodarse en las distintas biografías. Bajo ningún concepto dichos profesionales deben usar sus creencias propias, opiniones o experiencias como parte de la educación impartida siendo la transferencia uno de los errores más cometido si no se está formado para no realizarla. Ello conlleva por ende, no tomar decisiones ni entrar en confrontación y/o poner en tela de juicio las opiniones de los padres, madres o tutores de los beneficiarios y beneficiarias de la educación, si son menores de edad o están discapacitados, y/o de los propios educandos y educandas si tienen capacidad de decisión o son mayores de edad. En su caso los padres y madres tienen el deber de proteger, cuidar y educar a sus hijos e hijas en el ámbito sexual, igual que en cualquier otro aspecto de su persona. Las decisiones de los padres, madres o tutores, tutoras tienen como límite máximo aquel que atenta contra los derechos básicos de los hijos e hijas y que suponga un maltrato, ya sea por acción o por omisión (Lameiras et al., 2009; López, 2005).

Este es el modelo a seguir, según nuestro criterio, en el que debe basarse toda educación sexual presente o futura. Debido a su carácter integrador

adopta una actitud de cultivo, entendiendo que la sexualidad es un valor que debe ser educado y promocionado. En este sentido, es trabajo de todos asegurarse de que los contenidos programados hagan referencia a cada uno de los objetivos propuestos, y que estos se cumplan. De igual modo, se debe asumir de antemano una actitud de valoración y promoción de la dimensión sexual humana, abordando la sexualidad desde una perspectiva social y persiguiendo el cambio de las actuales estructuras de poder-sumisión, es decir, patriarcales<sup>8</sup>, con un enfoque global que potencie la valoración positiva de la diversidad sexual, sea cual sea (Lameiras & Carrera, 2008, 2009; Lameiras, Carrera, & Rodríguez, 2008).

Con estas pautas de acción del modelo biográfico y profesional formamos el marco conceptual sobre el que construir el trabajo de investigación que llevamos a cabo para descubrir la efectividad de la educación sexual actual que reciben los y las adolescentes de la provincia de Málaga. Y con ello, la idoneidad de avanzar hacia otro modelo como el aquí propuesto con una metodología activa, con base en la educación afectivo-sexual, la implicación familiar-escolar, la aceptación de las diversas biografías y una ética de ejecución ante la actividad sexual que el adolescente decida tener en cada momento.

---

<sup>8</sup> Consideramos estructuras patriarcales, a aquellos constructos sociales e institucionales que siguen manteniendo los estereotipos patriarcales y de doble moral en los que no existen una igualdad de género ni una conceptualización de la identidad sexual más allá de la heteronormatividad.



## CAPÍTULO 3

# EVOLUCIÓN DE LA SEXUALIDAD DURANTE EL CICLO VITAL

## Contenido.

1. La sexualidad en la infancia y niñez.
2. La sexualidad en la adolescencia.
3. La sexualidad en la edad adulta.
4. La sexualidad en la vejez.



El desarrollo emocional de todo ser humano comienza mucho antes del nacimiento puesto que, lo que de él se dijo constituye una posición subjetiva desde la cual comienza a constituirse la sexualidad y la identidad de esa persona (Palacio, 1999). Somos seres sexuados a lo largo de toda nuestra vida; sin embargo, la manifestaremos y viviremos de manera distinta en cada etapa de nuestro ciclo vital (Cabello, 2010). Como se piense, se experimente y se viva la sexualidad va a depender de muchas cosas: la edad, el sexo, el género, la capacidad física, la orientación y preferencias sexuales, la familia, la educación, la religión, la cultura... (Weeks, 1998). El ser humano en relación con la edad cambia tanto sus niveles biofisiológicos (sexuación prenatal, pubertad, menopausia, etc.) como psicosociales (desarrollo de la identidad sexual, identidad de género, etc.; López, 1988). Por su parte, las etapas psicosexuales del desarrollo son propuestas como algo secuencial y complejo, en las que existen características generales a todos los seres humanos, y que de no ser concebidas como parte del desarrollo normal, pueden ser juzgadas por desconocimiento como algo anormal (Zarabain-Cogollo, 2011).

Debemos tener muy presentes a la hora de analizar la sexualidad a lo largo del ciclo vital, que la sexualidad es un componente siempre presente de la manera en la que cada persona, expresa, comunica, siente, intima, da y recibe placer. Entendiéndola como algo que somos, no que tenemos, aunque la sexualidad se reelabora a lo largo de la vida, es decir, nunca una persona termina de descubrir su propia sexualidad, tenga la edad que tenga, porque está en constante construcción. De ello surge la imperiosa necesidad de abordaje en cada etapa de la sexualidad, al ser una dimensión personal irremplazable (Flores, 2015).

### 3.1. La sexualidad en la infancia y niñez

Esta etapa es un punto importante para nuestro estudio, ya que para entender la sexualidad en la adolescencia, debemos saber qué procesos psicosociales y biológicos nos han llevado hasta allí. Desde que nacemos tenemos una fuerte necesidad de vinculación afectiva, y de establecer vínculos de apego que nos facilitan el afianzamiento del desarrollo afectivo y la seguridad emocional, siendo trascendental en esta etapa la ternura, el cariño y el afecto. Experimentamos placer al ser acariciados, y eso nos hace sentir sensaciones agradables o desagradables; estas primeras sensaciones sexuales son percibidas por todos los bebés. La curiosidad es propia del ser humano, y más aún de la infancia, de tal modo que surgirá una curiosidad por explorar el propio cuerpo y el de los otros (Britzman, 2005). La estimulación infantil, del pene y de la vulva, tiene como objeto la autoexploración, y el placer, pero de forma muy distinta a la de la edad adulta. Las investigaciones de las últimas décadas han demostrado que muchos comportamientos y funciones corporales, como el erotismo sexual, se desarrollan en la infancia (Crooks & Baur, 2010). De ahí que la felicidad de esta etapa y del futuro pueda estar condicionada por la manera en que el niño y la niña tengan y desarrollen vínculos afectivos con su entorno, vivan y expresen su sexualidad. Todo esto nos conduce a plantear como una necesidad la educación afectivo-sexual desde edades tempranas. No podemos desechar, además, el hecho de que la sexualidad infantil es un tema tabú que genera diferentes reacciones, que o bien se aborda como parte inherente del desarrollo o en casos extremos como perversiones. Sin embargo, es imprescindible mirar la sexualidad infantil desde lo erógeno e instintivo y afectivo, desprovisto de las cargas de genitalidad del adulto (García-Piña, 2016; Zarabain-Cogollo, 2011).

La dificultad para investigar la sexualidad infantil hace que no se conozca muy bien, y ello da lugar a que aún hoy día tengan cabida todas las teorizaciones sobre la base de ella, sin que se haya descartado ninguna. Freud (1981) planteaba la sexualidad infantil como un proceso autoerótico, que se desarrolla en cuatro fases: *la etapa oral*, durante el primer año donde la boca es la principal zona erógena; *la etapa anal*, durante el segundo año, siendo la

mucosa anal la zona más erógena; *la etapa fálico-edípica*, durante los cuatro o cinco años, en la que la energía libidinal está centrada en los genitales; y *la etapa de latencia*, hacia los seis años, en la que aparecen los sentimientos de vergüenza, asco y pudor y se adormece la sexualidad infantil. Esta última etapa en la actualidad se sabe que no es una fase de latencia, sino que la búsqueda y experimentación sexual no cesa, si bien está tamizada por las reglas de los adultos, y por ello no será notoria a los mismos (Cabello, 2010), cómo veremos en las etapas sexuales seguidamente. En nuestro estudio nos centraremos en las teorías en las que el desarrollo de la sexualidad del niño y la niña se ve como un proceso de construcción y modificación de la conducta a partir de varios factores. Este proceso es un camino para lograr un sano desarrollo sexual, procurado por un ambiente rodeado de motivaciones y de convenientes estímulos acordes a su edad.

No existen muchos estudios sobre la sexualidad infantil, como era de esperar, al no ser fácil la investigación en esta población. No obstante se puede poner de manifiesto que ya en la etapa prenatal existen manifestaciones genitales propias de la activación sexual. Justo después del parto se pueden observar erecciones clitoricas y peneanas. Y durante los procesos de cuidados de los bebés, estos experimentan sensaciones placenteras observables mediante una respuesta genital (Cabello, 2010). Siguiendo a López (1988), a partir de un año y medio comienzan a sentir intereses por los juegos tipificados sexualmente y a partir de los dos se autclasifican en función de lo que parecen (chico o chica). A esta misma edad experimentan una gran curiosidad hacia los genitales, puesto que es probable que asocien contacto genital con placer, por eso realizan conductas de frotamiento manual y con objetos (Thanasiu, 2004; Yang, Fullwood, Goldstein, & Mink, 2005). A los 3 años manifiestan verbalmente el placer, y la afectividad cobra mucha importancia con las figuras de apego; además acuden frecuentemente al rótulo de su identidad para aceptar o rechazar juegos. Según Constantine & Martison (1981) es a partir de los 4 años cuando empiezan a preocuparse por los aspectos reproductivos y de dónde vienen los bebés. Es también en esta edad cuando desarrollan la identidad de género, y se identifican con el propio sexo, o

puede que con el contrario, y con lo que la sociedad espera de ese sexo. Entre los cuatro y cinco años prestan mucha atención a las manifestaciones sexuales de los adultos, y comienzan a hacer bromas sobre sexo, aunque no las entiendan del todo. Como vemos la infancia es una etapa de comienzo de exploración. Según algunas investigaciones, el 13,4% de los niños y niñas hasta 5 años han participado en una conducta interpersonal sexual y el 9,7% ha realizado una exploración propia de su cuerpo y genitales (Vizcarral, Balladares, Candia, Lepe, & Saldivia, 2004). Entre los 6 y los 8 años, o los 5 y los 7 dependiendo de los autores, conocen las diferencias entre los genitales de ambos sexos; además de que se sienten chicos o chicas y tienen constancia sexual<sup>9</sup> en torno a los 6 años. Es una etapa en la que se incrementa la curiosidad, empiezan a tener consciencia de la moral sexual de los adultos y la interiorizan como reglas fijas, apareciendo a la misma vez los juegos sexuales (jugar a los médicos, las casitas,...); la mayoría de las veces estos juegos representan la normatividad social y reflejan las relaciones heterosexuales (Crooks & Baur, 2010). Según Hite (1994) el 45% de las niñas sobre siete años experimentan orgasmos. Entre los 8-9 años aparece una pronunciada tendencia a jugar separados entre ambos sexos, aunque el interés romántico por el otro sexo puede existir al mismo tiempo (DeLamater & Friedrich, 2002). Se dan en estas edades un proceso de cambios graduales. Entre los 10-11 años se muestran muy interesados en los cambios del cuerpo, sobre todo en los de los genitales y los caracteres sexuales secundarios. Es una etapa en la que espera con anticipación los cambios sexuales de la pubertad-adolescencia; tanto que el 87,6% de los niños y niñas han tenido conductas sexuales interpersonales (Vizcarral et al., 2004).

Según Camacho (2011, p. 54), “las teorías sexuales infantiles están configuradas por explicaciones, definiciones, ejemplos, razones verbales y gestuales, que se encuadran en el periodo prelógico del pensamiento”. De

---

<sup>9</sup> Los niños y niñas interiorizan que la identidad sexual no se modifica por el mero hecho de cambiar de aspecto o por desearlo, sino que es una cuestión personal de la persona y permanente durante toda su vida. A ese proceso se le denomina constancia sexual.

manera que es una reelaboración propia de los niños y niñas que integra la información científica a su alcance en sus entornos y espacios de sociabilización, con su propia capacidad constructora de pensamiento mágico intuitivo. Es entre los 3 y 5 años cuando se despierta la curiosidad sobre la sexualidad y comienzan a elaborar creencias al respecto transformándolas en “*teorías sexuales infantiles*”. La sexualidad en la infancia bajo estas teorías tiene dos funciones, por un lado, una *función erótica*, mediante la que los niños y niñas intentan establecer una organización de su sexualidad, resolviendo su falta de conocimiento y construyendo sus propias teorías (aparte de proporcionar placer). Por otro lado, tienen una *función afectiva-comunicacional*, con la que interactúan con su medio social, y en la que es ampliamente percibida la censura, la asociación con lo prohibido; aunque a veces también en menor frecuencia, sean transmitidas como cualidades intrínsecas del ser humano. En el mismo modo, posee la sexualidad varios componentes:

- *Identidad de género*, estas teorías están concentradas en establecer la identidad de ser hombre o mujer a partir de diferencias basadas en la morfología y elementos físicos (vestuario, colores, adornos, etc.), ubicando a los referentes aprendidos culturalmente como indicadores de construcción de identidad.
- *Orientación sexo-erótica*, en nuestro caso está basado en el legado del ideológico cristiano que limita la diversidad sexual, llamado heteronormatividad<sup>10</sup> (Belgich, 2008).
- *Rol de género*, a pesar de que en las teorías de los niños y niñas se ha notado un leve avance hacia la equidad, aún perduran

---

<sup>10</sup> El concepto de heteronormatividad, hace referencia al conjunto de normas sociales y creencias basadas en el ideario sobre el paralelismo entre sexo, género y sexualidad, que clasifica a las personas en dos categorías (hombre-mujer). Establece, además, las relaciones sexuales únicamente dentro del matrimonio entre hombre-mujer, por lo que las relaciones entre dos personas del mismo sexo no tienen valor, y asegura que cada sexo tiene un papel natural en la vida (Wittig, 2006).

significaciones sociales arraigadas al modelo patriarcal relacionado con estereotipos.

Tanto la identidad de género como la sexual estarán marcadas por dos factores, la *edad*, tal y como hemos visto; y el *sexo*, donde los niños demuestran estar más tipificados que las niñas puesto que perciben desde muy pequeños la posición privilegiada del varón en la sociedad. Por último, según Intebi (citado en Zabarain-Cogollo, 2011) las teorías infantiles se refieren generalmente a la *universalidad fálica*, la *teoría cloacal* y el *coito sádico*.

Para finalizar, queremos destacar que los niños y niñas de nuestra sociedad, según los estudios científicos, no poseen en general los conocimientos adecuados para el manejo de las etapas afectivas y sexuales, situación que está relacionada con la falta de estudio por parte de la comunidad científica en este campo y la falta de información adecuada de los padres que les permita orientar a sus hijos. Esto lleva a una represión de la sexualidad del infante o infanta por parte del adulto que conllevan el desarrollo de sentimientos de vergüenza y culpa, al no poder expresar abiertamente su curiosidad e interrogantes ni su despertar de instintos sexuales parciales u eróticos. Junto a esta situación Bransky (2003) apunta que la sociedad de consumo en la que vivimos presiona la mentalidad colectiva infantil para acelerar su tránsito a la adolescencia, ya que estos son muy buenos consumidores. Lo que deja al niño o la niña a expensas de los medios de comunicación y sin la posibilidad de una exploración sana, acorde y secuencial con las etapas de desarrollo. Según San Pelayo (2008, p. 60) los niños y niñas que no desarrollan adecuadamente las etapas de desarrollo psicosexual presentan algunas problemáticas como “transmisión de roles estereotipados, represión de la curiosidad sexual y del placer, permanencia de tabúes y mitos, identificación de la sexualidad con genitalidad, dificultades en la planificación familiar, embarazos precoces, abortos inducidos, matrimonios prematuros, hijos e hijas no deseados”.

Por todo lo mencionado, es importante que los niños y niñas reciban en la familia y la escuela una visión positiva de la sexualidad, en la que adquieran

valores éticos fundamentales como la igualdad entre los sexos, el respeto a los demás, el derecho de los otros y propio a decir “no” y a que éste sea respetado, etc. Como hemos mencionado a partir de los 6 años si se les ayuda son capaces de diferenciar identidad sexual y rol de género, siendo esto muy importante ya que sobre ello se asientan las bases de una educación no sexista, sobre el derecho a vestir, adornarse, preferir, querer y hacer lo que se desee, con independencia del sexo/género que se tenga o se sea. La sexualidad infantil de menores, entre menores, que se respetan y con un sano desarrollo psicosexual en concordancia con su etapa, debe ser aceptada. Pero no así el uso de menores por adultos o el abuso de unos/unas por otros/otras menores que sí debe ser evitado y perseguido.

### **3.2. La sexualidad en la adolescencia**

La sexualidad de la adolescencia viene muy marcada por cómo se haya vivido la sexualidad en las etapas de la infancia y de la niñez. Aun así, debido a los grandes cambios hormonales que se dan o se terminan de instaurar en esta etapa y junto al peso que toman los iguales a nivel comportamental, es una etapa de muchos cambios. Debido a que es la etapa en la que está englobada nuestra investigación, la explicaremos más adelante en el epígrafe correspondiente a la sexualidad, sus características y posibles problemáticas.

### **3.3. La sexualidad en la edad adulta**

La sexualidad en la etapa adulta es la que presenta la mayor variabilidad dentro de todas las etapas de nuestra vida. Va a depender mucho del momento temporal en el que se encuentre la persona, de sus gustos, su orientación, su cultura, su religión, etc. A pesar de ello podemos hacer una diferenciación a gran escala entre la sexualidad femenina y la masculina. Aun así se quedarán fuera de estos dos grandes grupos, las personas que presenten diversidades no visualizadas (diversidades físicas o psíquicas, diversidades de género, de

identidad, etc.). Siguiendo nuestra línea de pensamiento, queremos hacer ver que nuestro concepto de sexualidad va mucho más allá de la genitalidad y la respuesta sexual. Para nosotros la sexualidad en el adulto, y a lo largo de todo el ciclo vital, pasa por lo que somos y cómo nos relacionamos con el entorno desde todo aquello que nos produzca placer. La respuesta sexual, tal y cómo apuntan Masters & Johnson (1966), está formada por las fases de excitación, meseta, orgasmo y resolución. Aunque en el caso de la mujer ésta podría ser una respuesta circular iniciada por la intimidad y el autoreforzamiento del ciclo (Basson, 2002). Si bien en esencia, nuestra respuesta sexual está marcada por los *activadores “adecuados” externos*<sup>11</sup>, que entran a través de los sentidos (olores, imágenes, sonidos...), y los *activadores internos*, que son las fantasías y los sueños; todo ello movido por las *memorias incentivas*, que son recuerdos que tenemos en el subconsciente que relacionamos al placer y al sexo, y que al sentirlos de nuevo activan nuestro deseo (Cabello, 2010). Para tener muchas memorias incentivas y una sexualidad rica es necesario que hayamos tenido experiencias placenteras previas, tanto en la infancia-niñez como en la adolescencia o en los años de vida adulta previos, sin que se haya vivenciado ésta como algo negativo y pecaminoso. De ahí, la importancia de tener una sexualidad positiva y saludable en las etapas anteriores del ciclo vital.

### 3.4. La sexualidad en la vejez

Es imposible establecer un corte de edad a partir del cual se deba considerar que se ha entrado en la vejez. Aunque es cierto que la respuesta sexual de una persona de la tercera edad experimenta cambios, no debe ser entendida como disfuncional. Sobre la sexualidad en la vejez existen una serie de creencias que pueden llegar a convertirse en prejuicios, unas actitudes negativas, e incluso mitos en contra de los ancianos, y que tienden a rechazar, ignorar o dificultar la existencia de manifestaciones sexuales por parte de las

---

<sup>11</sup> Activadores “adecuados” externos, son aquellos activadores “que nos gusten”, no todos los activadores son adecuados para activarnos.



personas mayores (Cabello, 2010; Llanes, 2013; Orozco & Rodríguez Márquez, 2006).

Éste es un tema poco estudiado, al igual que ocurre con la sexualidad en la infancia, pero en este caso es debido a que en esta población no existe una necesidad de información necesaria por cubrir, como puede ser en el caso de los adolescentes. El anciano, incluso, debe autoconvencerse de que tener deseos sexuales no es anormal, inusual o inmoral. Sin embargo, investigaciones realizadas han mostrado que el declive de la sexualidad de los ancianos tiene que ver más con características sociodemográficas, como la viudez, que con la edad. Ya que, muchos mayores tienen una sexualidad activa y disfrutan de ella; más del 50% señalan tener deseo sexual y mantener relaciones sexuales con una frecuencia media de 4 veces al mes (Arias & Iacub, 2013; Papaharitou et al, 2008). Una sexualidad activa en la vejez se debe basar principalmente en la optimización de la calidad de la relación y de la necesidad afectiva, más que de la cantidad. Debemos entender el concepto de sexualidad de manera amplia, integrando los factores de la personalidad, el género, la identidad, los sentimientos, las emociones, etc. Así que el mejor predictor de una buena sexualidad en la tercera edad es la sexualidad que ha vivido esa persona a lo largo de su ciclo vital. Pero al igual que en etapas anteriores, en la vejez la vivencia de la sexualidad también va muy relacionada con el género. Vuelven a ser las mujeres las que muestran mayor rechazo, una pérdida de satisfacción sexual más pronunciada, y consideran mucho más la opinión de su entorno social que sus propias emociones. Todo esto son secuelas de una vida vivida bajo un fuerte patriarcado, en el cual no tuvieron casi ni presencia personal, pues para mucho dependían de otros, además de encontrarse bajo un estricto puritanismo religioso promovido por la religión cristiana (Can, Sarabia, y Guerrero, 2015). En resumen, las personas mayores que mantienen una sexualidad saludable manifiestan mejor calidad de vida, mayores niveles de sociabilización, mantenimiento de la actividad general y marcadores de salud (Cabello, 2010). A pesar de todo ello, para muchas personas, y peor aún para muchos profesionales de la salud, la sexualidad de los y las mayores sigue siendo un tema tabú. Pero hemos de tener claro que la

desaparición de la sexualidad no es un proceso sano, puesto que no estamos sexuados si no que somos seres sexuados, desde el nacimiento a la muerte, y es nuestra obligación y parte de nuestras competencias apoyar a las personas mayores a vivenciar una sexualidad sana y abierta.

## CAPÍTULO 4

# LA SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

## Contenido.

1. Identidad de género y orientación sexual.
2. Actitudes ante la sexualidad (erotofilia-erotofobia).
3. Prejuicios de género: sexismo ambivalente y doble moral sexual.
4. Mitos sobre la sexualidad.

La adolescencia es un periodo de redefinición sexual, en el que dominan ciertos cambios; cambia el cuerpo y, de ahí, se desencadena un proceso de cambios para referenciarse y ser referenciado. Hay que tener en cuenta que la adolescencia es una construcción social, histórica y cultural; incluso más que otras etapas, ya que depende de la época y el contexto, cambiando incluso dentro de la misma sociedad (Mitjans, 2005). En esta misma línea Gourguet-Pi (2008, p. 42) define la adolescencia como “la etapa del ciclo vital de los seres humanos en la que convergen una completa integración de procesos psicológicos, biológicos y sociales de las personas y de las condiciones económicas, históricas y socioculturales en las que se desenvuelven”. Esta etapa acarrea cambios e inestabilidades en la vida de los niños-jóvenes, y por tanto, un estado de mayor vulnerabilidad y susceptibilidad a las influencias del mundo externo, su entorno social (Fajardo et al., 2013). La OMS considera *la adolescencia* como el periodo comprendido entre los 10 u 11 años hasta los 19 años (OMS, Organización Mundial de la Salud, 1986a). Según los datos de esta organización aproximadamente una quinta parte de la población mundial es adolescente (McIntyre, 2002). Este periodo de cambios físicos, mentales y emocionales empieza con la pubertad y se acaba en torno a los 16 ó 18 años, aunque por motivos culturales en nuestras sociedades occidentales se prolonga muchos más años, debido a que los adolescentes tardan mucho en poseer una autonomía real en la toma de decisiones de su vida (Crooks & Baur, 2010; López, 2015).

El término *pubertad* se refiere a los cambios biológicos que se dan en el cuerpo de una persona para hacerla efectiva para la reproducción. La activación gonadotrópica es el punto de salida de este proceso, y da lugar a las señales somáticas como pueden ser la menarquia<sup>12</sup>, el peso corporal o la primera eyaculación. El incremento de testosterona se reflejan en las respuestas espontáneas de lubricación-tumefacción, la aparición de fantasías y

---

<sup>12</sup> La menarquia hace referencia a la primera regla que tiene en su vida una chica, y con la que se da por empezado el proceso de la pubertad. La menarquia es muy importante en muchas culturas, debido a que se considera la señal de que la adolescente es ya fértil.

sueños eróticos (entre los 15 y 18 años manifiestan tenerlas un 80% de chicos, y un nivel algo inferior las chicas) o la necesidad de masturbarse o buscar pareja (Cabello, 2010). Es un periodo en el que la sexualidad se intensifica con la pubertad, pasa a tener un lugar central en sus vidas, y pasa a ser una faceta importante de la identidad personal, y el desarrollo sexual es en esos momentos un objetivo importante para ellos y ellas en sus vidas (Corona & Funes, 2015). Uno de los hitos que marca el inicio de la adolescencia en las chicas es la menstruación, como ya hemos apuntado. A pesar de haber alargado socialmente el periodo de la adolescencia, se ha visto que se ha producido un adelanto del desarrollo biológico, debido a que en los últimos siglos hay documentado un descenso de la edad de la primera menstruación (Potts & Short, 2001). En el caso de los chicos, el hito más significativo es la primera eyaculación. Ésta es vivida de forma muy positiva y como paso imprescindible hacia la adultez. En conjunto, el hecho más importante es el inicio de alguna conducta sexual interpersonal.

Desde un punto de vista emocional y afectivo, la adolescencia es una etapa importante ya que en ella se forjará la autoestima de cada persona. Los afectos sexuales por su parte se consolidan, cambiando su manera de vivir y relacionarse con el mundo. La sexualidad se convierte en el hecho más radical desde un punto de vista vivencial, además del más importante desde una óptica existencial como había sido en la infancia. Psicológicamente, se acentúa el egocentrismo intelectual, que llega a tocar las cotas máximas en esta etapa dentro del ciclo vital. Los y las jóvenes alcanzan el pensamiento formal incorporándolo al pensamiento concreto, y ello hace que pongan en tela de juicio todo lo que antes era inmutable. Con este desarrollo imaginativo, el y la adolescente configura en fantasías sus objetos sexuales y la forma de expresión con estos, así va forjando su sexualidad. Junto con ella desarrolla un sistema de valores acerca de la misma, marcado por el entorno social en el que haya nacido y viva en ese momento. Por último, los factores socioculturales, muy marcados hoy día por las redes sociales y los medios de comunicación, favorecen una construcción normativa heterosexual y basada en la doble moral, implicando nuevos problemas como el “sexting”. Tanto es así, que el

único medio que crece a la hora de informarse los jóvenes sobre sexualidad es Internet; aunque aún hoy día, la familia y los amigos constituyen la principal fuente de información, a pesar de ir descendiendo cada vez más en las encuestas (Larrañaga, Martín, & Bacigalupe, 2014).

Como hemos podido ver, la adolescencia es un proceso de constante cambio y adaptación, es un proceso de paso de una vida infantil a una vida adulta, y en ella se instauran los conceptos y percepciones propias más importantes. Por ello, queremos analizar con detenimiento algunos de estas circunstancias que definen y marcarán la sexualidad de estas y estos adolescentes y que harán que la vivencien de una manera u otra el resto de su ciclo vital.

#### **4.1. Identidad de género y orientación sexual.**

Siguiendo a Pichardo (a través de Carrera, Rodríguez, Lameiras, Vallejo, y Alonso, 2013) en un estudio realizado con población española, ésta no poseía una idea clara sobre los conceptos relacionados con la sexualidad, como el sexo biológico, el género, la orientación sexual y prácticas sexuales. En toda esta confusión se había visto que la sexualidad, por tanto, está invisibilizada, y mucho más aún las identidades sexuales minoritarias, siendo motivo para que muchos jóvenes se sientan aislados, rechazados o incomprendidos. Por ello, vamos a explicar las diferencias entre identidades y orientaciones, y los distintos tipos que hay dentro de cada una.

#### **Identidad de género**

Debemos diferenciar *identidad sexual* de *identidad de género*. La primera, define el juicio propio de cada persona acerca de cómo se identifica a sí misma como hombre o como mujer, o ambos o ninguno, en función de su sexo, género y orientación sexual. La *identidad de género* consiste en el grado en

que una persona se define a sí mismo/a como masculino o femenina, o alguna combinación de ambos, según los aspectos socio-culturales (Cabello, 2010).

La identidad de género conlleva la vivencia interna e individual del género, correspondiendo o no, con el sexo biológico. Es una vivencia personal del cuerpo junto con otras expresiones de género (vestimenta, adorno, modales, etc.). El *género*, por tanto, es una construcción social, y la diferenciación entre los géneros es configurada y delimitada por las relaciones socioeconómicas que genera cada sociedad humana. En nuestra sociedad el discurso patriarcal y capitalista, la religión cristiana y otras representaciones colectivas, son los encargados del marco económico, político e ideológico que normaliza y, por ende, legitima las dinámicas de las relaciones basadas en el género (Vega, Maza, Roitman, & Sánchez, 2015). La identidad de género es un aspecto de nuestra identidad que la sociedad da por sentado, con la imposición del cumplimiento de unos roles de género, actitudes y conductas normales y normativas, en función del sexo que tenga las personas que viven en dicha sociedad (Crooks & Baur, 2010).

Según las nuevas teorías dicha identidad, aunque viene marcada por factores biológicos, es, principalmente, el producto de la interrelación de éstos con factores culturales. Tal y como apuntamos en “*la sexualidad en la infancia*”, a los tres años se identifican ya bajo el concepto de identidad de género, masculino-femenina. Pero ésta bipolaridad no son las dos únicas identidades que nos podemos encontrar en la vida real, si no que existe un amplio abanico de identidades. Dentro de ellas encontramos la comunidad formada por *transexuales* y *transgéneros*. Los *transexuales* engloban a aquellas personas que desean vivir de forma permanente como miembros del sexo opuesto, sintiendo una incongruencia entre el sexo asignado y de crianza y el género sentido. El término transexual empieza a utilizarse en 1940, siendo sustituido en los últimos tiempos por *disforia de género*, con la intención de despatologizar un poco a esta comunidad. Aun así, debemos tener en cuenta que es una situación muy compleja ya que los datos indican que la mayoría (80-95%) de los niños prepuberales que sienten disforia de género no la seguirán experimentando tras la pubertad. El *transgenerismo* o *comunidad*



*trans*, por su parte, acoge aquellas identidades que tienen como base común la no correspondencia del aspecto, conducta o ambos, de las personas con los roles de género tradicionales, transgrediendo de este modo las normas de género de su sociedad. Por último, la *intersexualidad* integra a las personas que poseen características genéticas de hombres y mujeres, definiéndose como aquellas situaciones en las que el cuerpo sexuado de un individuo varía respecto a los estándares de corporalidad de su cultura. Las personas *intersex*, pueden definirse como hombres, como mujeres o como ninguno de los dos (Esteva et al., 2015; Sánchez, Mora, y Oviedo, 2015).

### **Orientación sexual**

Entendemos por orientación sexual la capacidad de una persona para sentir una profunda atracción emocional, afectiva y/o sexual por personas de un género diferente al suyo, por su mismo género o por ambos. La orientación sexual puede manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales, o como una combinación de varias (Cabello, 2010). *Homosexualidad*, *bisexualidad*, *heterosexualidad* y *asexualidad*, son palabras que describen el tipo de orientación.

La heterosexualidad hace referencia a la capacidad de una persona de sentir atracción por personas de un género diferente al suyo. La orientación homosexual es aquella en la que la atracción es hacia personas del mismo género. Bisexualidad se utiliza para describir aquella orientación en la que la atracción es propiciada por personas del mismo género y del contrario al propio, existiendo muchas formas de bisexualismo que se sitúan en un continuo entre la homosexualidad en un extremo y la heterosexualidad en otro. La asexualidad, es el “estado de no haber sentido nunca ninguna atracción sexual por nadie” (Bogaert, 2004). Las características definitorias de la asexualidad según Prause y Graham (2007), y Brotto, Knudson, Inskip, Rhodes y Erskine (2010) son la falta de deseo sexual, la falta de interés, y que algunos experimentan deseo o excitación sin ir dirigido a nadie (a través de Zapata &

Gutiérrez, 2016). Para los asexuales la posición de asexual es opuesta a sexual, no una alternativa a las orientaciones como tal. A la misma vez, dicho colectivo elabora su discurso en torno a la idea de identidad abierta, múltiple y flexible, en la que entran todos los que han optado por dejar de identificarse con la sexualidad como marco social dominante (López Ruiz, 2015; Zapata & Gutierrez, 2016).

La sociedad occidental, bajo el avance de las nuevas tecnologías, está sufriendo unos cambios sociales bastantes importantes. Muchos de estos cambios nos obligan a revisar los imaginarios sociales, de tal modo que podríamos estar comenzando a presenciar la aparición y desarrollo de una especie de *post-sexualismo*. Este hecho es visible en la manera en la que cada día el número de individuos que se denominan asexuales aumenta y además, se da el marco adecuado para el movimiento *queer*<sup>13</sup>. Por el contrario, no existe una aceptación clara de las identidades y/u orientaciones que se salen de la norma.

Por su parte, varios estudios han demostrado que entre la población adolescente sigue existiendo la *homofobia*, *lesbofobia* y *transfobia*, siendo los chicos los que mayores puntuaciones han obtenido en todos ellos. En algunos que se comparaban por edad dentro de este grupo los más jóvenes son más fóbicos que los adolescentes mayores (Carrera et al., 2013; Rodríguez-Castro, Lameiras-Fernández, Carrera-Fernández, & Vallejo-Medina, 2013). Este rechazo respecto a la orientación sexual provoca una importante ideación suicida, y se relaciona con el aumento de conductas de riesgo entre la población adolescente no heterosexual aún en la actualidad (Baiocco, Ioverno, Lonigro, Baumgartner, & Laghi, 2015; Gonçalves de Assis, Gomes, & Pires de Oliveira, 2014; van Bergen, Bos, van Lisdonk, Keuzenkamp, & Sandfort, 2013). Dentro de todo este panorama social, el adolescente de la actualidad, ya nacido en la era de las nuevas tecnologías, debe realizar una compleja tarea de adaptación a su medio. Lo que supone el recambio de los emblemas

<sup>13</sup> El movimiento *queer* es un movimiento post-identitario, que toma una posición crítica atenta a los procesos de exclusión y de marginación.

identificatorios endogámicos de nuestra cultura, así como el encuentro con otro ser sexuado. El acceso globalizado de los y las adolescentes a la educación estandarizada, la información y la globalización son recursos que los y las habilitan para el cuestionamiento al respecto de su posición sexuada (Vega et al., 2015).

#### **4.2. Actitudes ante la sexualidad (erotofilia-erotofobia).**

Las *actitudes*, como ya vimos en el primer capítulo “Concepto de sexualidad”, son un conjunto de creencias, sentimientos y tendencias a actuar, mediante las cuales el individuo se adapta de forma activa a su entorno. Tienen componentes cognitivos, afectivos y conductuales, pudiendo ser positivos, negativos o neutros. Las actitudes se relacionan con la conducta; por lo tanto, conocer de manera más profunda las actitudes nos permitirá predecir de manera más exacta las conductas humanas y los cambios que se pueden producir en ellas. Éstas necesitan de la experiencia personal de cada persona para construirse a lo largo del ciclo vital y van siempre acompañadas de una fuerte carga emocional, marcando la disposición a comportarse de una forma determinada. Hay que tener en cuenta, por lo tanto, que las actitudes son muy importantes; sobre todo cuando se trata de temas socialmente polémicos o que afectan a más de una persona. Es lo que ocurre, de manera aún más acentuada, en los temas sexuales, y con ello, en las conductas sexuales con las que las personas se adaptan a la sociedad en la que viven. Esto es un aspecto fundamental y determinante de la sexualidad (Diéguez et al., 2005).

Las actitudes sexuales se han dividido en dos conceptos fundamentales:

- El de *conservadurismo-liberalismo*, centrado en el tradicionalismo versus progresismo conforme las opiniones hacia la sexualidad. Esta clasificación se focaliza en el componente mental de las actitudes.

- El de *erotofilia-erotofobia*, basado en la reacción sexual ante determinadas situaciones hipotéticas. Se basa más en el aspecto emocional y conductual de las actitudes. Nuestro estudio se basa en este constructo.

*Erotofilia-erotofobia* es un concepto bipolar, definido por Fisher, Byrne, White y Kelley (1988) como la disposición aprendida a la respuesta ante estímulos sexuales a lo largo de un continuo que se extiende desde un polo negativo (erotofobia) hasta un polo positivo (erotofilia), en base a una evaluación afectiva. Dicha actitud influye en las conductas sexuales de las personas en función del lugar que ocupe en ese continuo. En principio cabe esperar que las personas conservadoras sean más erotofóbicas, y que las liberales sean más erotofílicas, pero esto no siempre es así, dado el carácter complejo de la construcción psico-afectiva del ser humano. Es importante conocer el posicionamiento de las personas a lo largo de esta línea, debido a que está relacionado con dos áreas importantes de la salud sexual. Así, como demuestran recientes estudios estas dos áreas son el funcionamiento sexual y las conductas sexuales de riesgo. De tal modo que las actitudes son una de las variables más predictivas en la experiencia sexual (Vallejo-Medina, Reina, & Sierra, 2014). Basado en esto, Fisher et al. (1988) desarrollaron un cuestionario para poder medir este concepto, el *Sexual Opinion Survey* (SOS), que fue validado en España por Carpintero y Fuertes (1994), y del que después se han hecho varias versiones; a destacar el cuestionario *EROS* (del Río, López, & Cabello, 2013) que elimina el sesgo de la orientación sexual que tenía el cuestionario original.

Las personas que son más erotofílicas experimentan mayor satisfacción y son más abiertas a la actividad y a distintas conductas sexuales, como la masturbación. Además, establecen relaciones de apego más seguro, en las que existe una orientación hacia el amor, el disfrute de la experiencia erótica y la comunicación y expresión de emociones positivas. También suelen tener conductas sexuales que impliquen menor riesgo, como el uso del preservativo, actitudes favorables hacia los métodos anticonceptivos y habilidades más

eficaces para la prevención de las ITS. En contraposición, las personas más erotofóbicas, se muestran más reacias a la actividad sexual y a las diversas conductas sexuales, experimentando en mayor medida miedo, ansiedad o culpabilidad sexual. También presentan una menor aceptación hacia los anticonceptivos y, poseen menos conocimientos sobre la sexualidad y sus riesgos (Heras et al., 2016).

La adolescencia, por su parte, es una etapa de alta complejidad, por la que los y las adolescentes atraviesan un proceso de aprendizaje donde la experiencia sexual irá incrementándose progresivamente. Es a través de este proceso de aprendizaje basado en sus experiencias mediante el que forjan sus actitudes y conductas para una sexualidad presente y futura, en un continuo cambio de adaptación a la sociedad actual y de lucha con el legado cultural del pasado. En estudios recientes, se ha visto que los y las adolescentes actualmente son más erotofílicos que hace 30 años (López, Carcedo, Fernández-Rouco, Blázquez, & Kilani, 2011). Pero si la comparación la hacemos entre los datos actuales, se sigue mostrando, por ejemplo, que existen diferencias además de en la actitud, en la conducta masturbatoria, ya que casi la totalidad de los chicos y sólo en torno al 60% de las chicas dicen haberse masturbado (Ballester & Gil, 2006, a través de Heras et al., 2016). Además, ellos presentan también mayor frecuencia de fantasías sexuales (López et al., 2011). Observamos, por tanto, que los varones son más erotofílicos que las mujeres, pudiéndose deber esto al proceso de sociabilización sexual basado en la doble moral y el sexismo (Bermúdez, Ramiro-Sánchez, & Ramiro, 2014; del Río, Cabello, Cabello, & López, 2012; Vallejo et al., 2014). Siguiendo a del Río et al. (2013), en su estudio realizado con el EROS, se observa también, una vez eliminado el sesgo de la orientación, que los bisexuales son los más erotofílicos, seguidos de los homosexuales y por último, los heterosexuales. Todos estos datos son importantes para situarnos en el contexto social en el que se desarrollan los y las adolescentes, y darnos cuenta de que la mayor parte de los chicos y las chicas hoy día en España tienen opiniones sexuales liberales y actitudes erotofílicas, por lo que no podemos seguir negando sus sexualidades.

### 4.3. Prejuicios de género: Sexismo ambivalente y doble moral sexual.

Es en la adolescencia cuando se construye una identidad propia y diferenciada del grupo, aunque a la vez dependiente de la influencia de él, que gracias al pensamiento formal puede modificar los modelos desarrollados con anterioridad e imaginar todas las posibilidades, para adoptar como punto de salida del pensamiento lo ideal. De tal modo, es interesante para el desempeño de nuestra profesión, conocer cuáles son los *estereotipos de género*<sup>14</sup> en esta etapa del ciclo vital que nos atañe. Es interesante puesto que los *estereotipos* influyen en nuestra percepción e interpretación de la realidad, y en nuestra conducta. Influyen a su vez dichos estereotipos en los demás procesos psicológicos, pero se da sólo si se encuentran estos activados (Maeso et al., 2015). Las diferencias de género se perpetúan propiciadas en cierto modo por la *orientación a la dominancia social* que tiene el ser humano. Éstas diferencias en este nivel deben entenderse como resultado de complejas interacciones entre genotipos y entornos sociales y culturales, manifestándose en los roles de género que marca cada sociedad. Las diferencias de género, en función a la dominancia, se explican por la identificación con características tradicionalmente asignadas a mujeres u hombres, llamados *estereotipos normativos* (Aranda, Montes-Berges, & Castillo-Mayén, 2015). Y es en la adolescencia, cuando la influencia de los estereotipos y los roles de género es más notoria en el desarrollo de la identidad individual, tal y como apuntábamos, pero también de la grupal. Estudios recientes, han demostrado que a pesar de los avances en la construcción de igualdad de género que se han producido, se siguen presenciando pautas de sociabilización sexista y de doble moral, que se reproducen generación tras generación, y a través de la escuela y la familia

---

<sup>14</sup> Los *estereotipos de género* son un conjunto de creencias, prescripciones, reglas, expectativas y atribuciones de cómo deben ser hombres y mujeres, y que suelen ser implícitas en el ideario común. Definen el “deber ser” en función del sexo biológico. Además, se pueden relacionar los estereotipos con otras ideologías como el androcentrismo (superioridad de lo masculino frente a lo femenino) y el heterosexismo (la heterosexualidad es lo normativo; Lobato, Jenaro, Rodríguez-Becerra, & Flores, 2016).

(López et al., 2011; Merino, 2016). Así pues, es necesario que conozcamos con profundidad estas actitudes y conductas hacia el género.

### **Sexismo ambivalente**

Desde un enfoque psicosocial, el *sexismo* se entiende tradicionalmente como actitud de prejuicio o discriminatoria hacia la mujer (Allport, 1954). El concepto de sexismo está integrado por tres componentes: *componente cognitivo*, en el que se confunden las diferencias biológicas ligadas al sexo con las sociales o psicológicas dependientes del género (“las mujeres son inferiores a los hombres”); *componente afectivo*, relacionado con la forma sexista de construir la identidad (“valores femeninos igual a debilidad, valores masculinos igual a fuerza”); *componente conductual*, que consiste en la tendencia a llevarlo a la práctica a través de la discriminación y la violencia (Díaz-Aguado & Martínez, 2001). Este concepto de sexismo sugiere que las actitudes hacia las mujeres deberían ser únicamente hostiles y despectivas, pero las investigaciones han revelado que tanto hombres como mujeres atribuyen algunas características positivas a ambos géneros en función de las características definitorias de cada género (Merino, 2016).

Estas investigaciones han llevado a los investigadores a hablar de nuevas formas de sexismo – *neosexismo*, *sexismo moderno*, *sexismo ambivalente* –, para hacer referencia a las actitudes estereotipadas hacia las mujeres pero en tono afectivo. Glick y Fiske (1996) establecen el término de ***sexismo ambivalente***, para hacer referencia a las actitudes positivas que existen hacia las mujeres y que coexisten con la antipatía sexista. Por sus dos posibles valores es denominada ambivalente, ya que está formado por dos componentes claramente diferenciados el *sexismo hostil* y el *sexismo benévolo*. El primero coincide con el descrito por Allport (1954). El sexismo benévolo, en cambio, es definido como un conjunto de actitudes sexistas interrelacionadas hacia las mujeres en cuanto se las considera de forma estereotipada y limitadas a ciertos roles (madre, esposa, etc.), pero que tiene



un tono positivo y tiende a provocar en el receptor (algunas mujeres) conductas de intimidación. Dada las condiciones biológicas y sociales de los humanos se da una dependencia diádica entre ambos sexos provocada por las relaciones íntimas entre ellos, que aleja al sexismo de la definición puramente negativa. Este poder diádico de la mujer se sustenta en la necesidad de la misma para la gestación y la satisfacción de las necesidades sexuales del hombre. Como se puede observar ambos sexismos sirven para justificar el poder estructural del varón (Expósito, Moya, y Glick, 1998; Montañés, Megías, De Lemus, y Moya, 2015). Estos mismos autores, Glick y Fiske (1996) proponen tres componentes comunes al sexismo hostil y al benévolo: el paternalismo, la diferenciación de género y la heterosexualidad; aunque cada uno tiene un matiz un poco diferente.

- El paternalismo se divide en *paternalismo dominante*, que se asienta en el patriarcado; y *paternalismo protector*, que se asienta en las relaciones románticas y confirma que el paternalismo dominante es la norma.
- En referencia con la diferenciación de género nos encontramos con la *competitiva*, que considera que sólo los hombres poseen las características necesarias para el poder y que las mujeres deben quedar relegadas al hogar; y la *complementaria*, que ve estas características de la mujer en el hogar como positivas y que complementan a su vez a las del poder del hombre.
- En la heterosexualidad, se da la *hostilidad heterosexual*, que otorga a las mujeres un poder sexual sobrenatural que manipula al hombre; y la *intimidación heterosexual*, que considera como única orientación de la mujer la heterosexualidad.

Glick e Hilt (2000), por su parte, hacen una propuesta teórica de cómo evoluciona el sexismo a lo largo del ciclo vital. En ella plantean que la imagen del otro sexo evoca sentimientos ambivalentes cuando se pasa de la infancia, etapa en la que las relaciones son segregadas, a la adolescencia, en la que



surge la atracción sexual. Es por ello la adolescencia el momento en que se incrementa el sexismo benévolo en los chicos, producto del contacto íntimo entre adolescentes de distinto género. Además, este sexismo es conjugable con los ideales románticos tradicionales que se les ha transmitido, sobre todo a las chicas, en la infancia a través de los cuentos, como pueden ser los cuentos de princesas (Holland & Eisenhart, 1990). Y aunque el sexismo benévolo aumenta durante la adolescencia, el sexismo hostil no desaparece sino que coexiste. Este hecho hace que ambos sexismos sean las dos caras de la misma realidad. Ya que el benévolo se puede entender como una recompensa a las mujeres que cumplen con los estereotipos, y por su parte, el hostil se aplique como un castigo a quienes no asuman los roles de géneros impuestos por la sociedad y la cultura e intenten alterar el flujo de las relaciones entre ambos géneros (Maeso et al., 2015).

En estudios recientes se ha encontrado que, tanto chicos como chicas, presentan a edades muy tempranas prejuicios sexistas, dándose más en chicos. Esta diferenciación se mantiene en todas las edades. Una posible explicación, es el hecho de que la presión ejercida por la sociedad en los hombres es mucho más rígida que en las mujeres, a la vez que las mujeres obtienen niveles de conocimientos de género mucho mayor. También se ha visto que este incremento del sexismo benévolo en los adolescentes es resultado de sus primeros contactos afectivos. Los primeros contactos íntimos a estas edades parecen ser cruciales a la hora del desarrollo del sexismo, por lo que sería imprescindible trabajar con ellos y ellas para que identificasen los comportamientos sexistas y las desventajas que conlleva para su desarrollo personal, en ambos géneros. Para que se diesen cuenta de igual modo del papel que juegan estos estereotipos en el mantenimiento de la desigualdad de género, y que puedan rechazarlos (Glick & Fiske 1996, 2011; Merino, 2016; Montañés et al., 2012, 2015).

## Doble moral sexual

Las actitudes hacia la sexualidad se han relacionado siempre con la moral imperante de cada sociedad y en cada época. Tradicionalmente los comportamientos sexuales han sido valorados de forma diferente para hombres y para mujeres. Esta distinta valoración de las conductas sexuales en función del género es denominada doble moral sexual. La doble moral asume una mayor libertad para el género masculino que para el femenino (Larrañaga, Yubero, & Yubero, 2012).

Fue Reiss (1967) quién realizó el primer estudio sistemático sobre doble moral sexual, definiéndola como diferentes estándares de permisividad sexual prematrimonial. En la actualidad este concepto se ha ampliado, con el estudio de Caron, Davis, Halteman y Stickle (1993), para acoger temas como las relaciones sexuales ocasionales, tener múltiples parejas, el inicio de relaciones sexuales a edades tempranas, la proposición del uso del preservativo u otro método anticonceptivo, o quién debe iniciar un contacto sexual. Esta teoría de doble rasero explica que el género actúa mediando las conductas sexuales a través de las actitudes hacia la sexualidad. De tal modo que, creencias más tradicionales, llevan a actitudes más restrictivas hacia comportamientos sexuales de las mujeres. Tal y como vimos respecto a la erotofilia y el conservadurismo, esto es debido a que sigue prevaleciendo la doble moral (Ubillos, Goiburu, Puente, & Pizarro, 2016). Una de las múltiples manifestaciones de la doble moral sexual es el uso de la agresividad, e incluso de la violencia masculina en las relaciones heterosexuales. Esta dimensión formaría parte del *machismo* (Sierra, Rojas, Ortega, & Martín, 2007). El machismo es definido como el conjunto de creencias, actitudes y conductas que ponen de manifiesto la superioridad del hombre (Castañeda, 2002). Al igual que pasaba con el sexismo, el machismo actual es un machismo encubierto, que se manifiesta con comportamientos ocultos e invisibles, *micromachismos* (Bonino, 1995). Conductas cotidianas y sutiles que intentan controlar a la mujer, aunque producidos bajo un telón de protección legitimada por el entorno social, lo que provoca que pase desapercibido muchas veces por las mujeres (Yubero et al., 2012).

En los últimos años, hemos presenciado en nuestra sociedad cambios culturales, con los que se ha conseguido actitudes más permisivas hacia la sexualidad, al igual que las actitudes sexistas, que han disminuido. Pero a pesar de ello, todavía en la actualidad siguen existiendo facetas que son valoradas de forma distinta en hombres y en mujeres. En general, hoy en día, los y las adolescentes cada vez son más similares, y se podría decir que caminan hacia un patrón sexual y amoroso bastante coincidente. En la adolescencia actual en países como España, todos y todas tienen unas u otras conductas sexuales y son pocos o pocas (5-8%) los y las que dicen no sentir atracción sexual. Por lo que tenemos que tener presente que la sexualidad ocupa un lugar importante en la mayoría de los adolescentes españoles (López et al., 2011). Sin embargo, desde un punto de vista más profundo y complejo las cosas no han cambiado tanto y se mantienen elementos de los patrones tradicionales, junto a un patrón sexual más estable vinculado a los dos sexos. En esta cultura de doble patrón sexual, el hombre es descrito con fuertes necesidades y mayor disposición a tener relaciones sexuales, al sexo casual y a cometer conductas de riesgo, eximido de la responsabilidad de la salud sexual. Las mujeres, en cambio, deben ser recatadas, resistirse a los avances sexuales de los hombres, salvaguardar su sexualidad y reputación, y velar por los anticonceptivos y salud sexual de ambos (Martin, McDaid, & Hilton, 2014). La internalización de los mensajes sustentados en la doble moral sexual está lejos de ser inofensiva. Es tanto que el temor a ser etiquetadas de “*promiscuas*” frena conductas y actitudes sexuales de las mujeres. Los últimos estudios señalan la existencia de un doble patrón sexual para chicos y para chicas con respecto a los afectos y las conductas, siendo mayor la diferencia en los primeros, los afectos. Aunque hay conductas mucho más diferenciadas por sexo como puede ser la masturbación, como ya apuntábamos (80-90% los chicos frente al 50-60% chicas; López et al., 2011). Otra forma de reconocer este doble patrón entre nuestros y nuestras adolescentes es a través de las quejas que chicos y chicas emiten. En base a todo lo comentado, podemos decir que las diferencias en la motivación que les mueve en la atracción, el deseo, las fantasías y las iniciativas reflejan claramente dicho patrón del que venimos hablando. A mención de los datos, se ha visto que los chicos siguen

más un patrón de doble moral sexual que las chicas, sexualizando mucho más las relaciones, y manifiestan más abiertamente el interés sexual de la conducta (López et al., 2011). Además, se ha confirmado que en la adolescencia existe una tendencia a mostrarse menos favorable hacia esta doble moral con el aumento de la edad, influenciados e influenciadas probablemente por la presión social sobre la igualdad (Ubillos et al., 2016). Por último, Caron et al. (1993) encontraron que los jóvenes que presentaban una doble moral sexual más arraigada tenían también unas actitudes negativas hacia el preservativo, vinculado esto con el incremento de embarazos no deseados.

A modo de resumen, queremos concluir que los resultados que hemos visto reflejan la influencia del género sobre las actitudes sexuales. El género, por su parte, puede actuar mediando los comportamientos sexuales a través del comportamiento actitudinal. Y, los prejuicios de género suelen ser utilizados para dar respuestas a funciones psicológicas y sociales cuando no se dispone de recursos positivos para ello.

#### 4.4. Mitos sobre la sexualidad.

A pesar del fácil acceso a una gran cantidad de información y de los esfuerzos realizados por las sociedades para cubrir las necesidades de formación en sexualidad de los y las adolescentes, aún hoy persisten creencias erróneas o mitos que no han podido ser erradicados, y que se mantienen perjudicando a esta generación ya que provocan una distorsión de la realidad. La sexualidad es, además, un tema fácil para la creación de mitos. Esto es debido a que no se habla de ella abiertamente, por lo que se carece de información clara y válida. Esto se ve favorecido en la adolescencia por la falta de información que reciben en la infancia los niños y las niñas al intentar obtener detalles de sus interrogantes y procesos. Ello sólo aumenta la mitificación transmitida de generación en generación, produce angustias y dificulta el desarrollo de una sexualidad sana (Salazar-Granarara et al., 2007). Los mitos son una opinión infundada y poco flexible sobre algo, formulada

como si fuera una verdad absoluta, que suele acompañar a la ignorancia, porque parece tener sentido o porque deseamos que lo tenga. Estas creencias se convierten con facilidad en una creencia de toda la comunidad o generación, y suelen poseer una gran carga emotiva, concentrando muchos sentimientos, y suelen ser por ello resistentes al cambio y al razonamiento (Cordón-Colchón, 2008; Merino, 2016). A través de los mitos se busca interiorizar realidades o concepciones erróneas en la sociedad creando estereotipos que disciernen de la realidad. En relación con la sexualidad, se puede decir que los mitos sexuales son relatos en tono de realidad, que contienen información sexual equivocada o carente de valor científico, a pesar de tener gran calado y difusión social (Fajardo, Gómez, & Guerrero, 2014). El origen de ellos procede de la Historia, ya que han sido las religiones, ideologías, y demás movimientos sociales los que han ido creando desde hace tiempo normas de comportamiento sexual para controlar la conducta humana. Estas normas basadas en una creencia falsa se divulgan como algo comprobado y real, y pasan a convertirse de este modo en un nuevo mito. El primer paso para erradicar estos mitos y que se construya una sexualidad sana y positiva es identificar dichos mitos sexuales para evitarlos y contrarrestar su influencia negativa. Conocer estas falsas creencias nos puede servir para saber dónde situarnos a la hora de llevar a cabo la educación sexual. Pero esto no es tarea fácil, ya que existen en la población adolescente muchos estudios sobre educación sexual, que tratan temas diversos como la conducta sexual, los anticonceptivos o las ITS, pero son muy pocos los que se centran en los mitos y tabúes, y si lo hacen es de forma compartimentada y sesgada (Larrañaga et al., 2014).

Desde nuestro entender los mitos sexuales abarcan un complejo entramado de temas entre ellos delimitados, pero a la vez interconectados entre sí, y es muy importante visualizarlos como un todo. Tanto es así que en varios estudios se ha demostrado cómo hay diferencias entre la adherencia a los mitos dependiendo de la temática o del mito en sí. Si nos fijamos en los datos observamos que el 60,9% de los y las adolescentes encuestados y encuestadas en un estudio afirman que la pornografía invita a la violación y

otros delitos sexuales (Ortega, Ojeda, Sutil, & Sierra, 2005); el 68,25% de otra muestra no sabe dónde se ubica el clítoris (Palenzuela-Sánchez, 2006); o un 3,9% de un estudio similar piensa que “sólo los chicos se pueden masturbar”, considerado este mito casi erradicado en los y las adolescentes de nuestra sociedad (Cordón-Colchón, 2008). Esto pone de manifiesto la necesidad de concebir los mitos sexuales como una sola categoría, para corregir, así, las carencias de los programas de educación sexual existentes. Debido a este diverso panorama, vamos a presentar las diferentes realidades de las temáticas en mitos sexuales por las que nos hemos guiado en este estudio.

### **Mitos sexistas**

La información no adecuada recibida por los y las adolescentes marca desfavorablemente la expresión de la sexualidad de las chicas, como se apuntaba anteriormente, debido a que se les oculta y se les marca una sexualidad pasiva y silenciosa desde la infancia (Fajardo et al, 2014). Esta desigualdad frente a la sexualidad generada por los estereotipos da lugar a la creación de una serie de mitos asociados a las diferencias entre ambos sexos que determinan nuestro comportamiento y actitudes. Estos mitos tienen un papel muy importante en la necesidad aprendida por parte de los hombres de controlar a su pareja, a través de la fuerza o el poder, y que muchas veces va acompañado de la vigilancia extrema y de los celos, percibido de forma positiva a través del “romanticismo” por ellas (Clemente, 2013). En este grupo se incluyen también los mitos sobre la violación, que son aquellos que se utilizan para negar o justificar la agresión sexual del hombre a la mujer, basados en los estereotipos de la cultura patriarcal (Saldívar, Jiménez, Gutiérrez, & Romero, 2015). Son, en definitiva, todos aquellos mitos que se asientan en la doble moral y en la normatividad creada de los estereotipos anclados en la concepción dos sexos-dos géneros.

## Mitos sobre la no heterosexualidad

Aunque están relacionados con los anteriores se diferencian a la vez de ellos. Son mitos en torno a todas aquellas prácticas y actitudes que se salen de la norma del patriarcado heterosexual, asentados en la homofobia<sup>15</sup>, bisfobia<sup>16</sup> y transfobia<sup>17</sup>, relacionados a veces incluso con la violencia. Estos mitos tienen importantes implicaciones a nivel personal, dificultando la aceptación de la persona cercana. A su vez, si se relacionan con la violencia asistencial dificultan la empatía y la prevención del maltrato (Rodríguez, 2013). Estos mitos funcionan como barreras ideológicas facilitando la victimización de estas personas.

## Mitos sobre el embarazo y la contracepción

En esta temática se engloba todo lo referente a los procesos que se dan en el cuerpo para que se produzca un embarazo, y a los métodos anticonceptivos en general. Si observamos el estudio de Cordón-Colchón (2008) es relevante que casi la mitad de los chicos y chicas entrevistados sigan pensando que la “marcha atrás es segura” y que algo más del 10% de los varones opinen que “en la primera vez la chica no se puede quedar embarazada”. Estos son dos datos que reflejan una realidad de mitos existentes en torno a este tema, que es de los más estudiados en educación sexual.

---

<sup>15</sup> *Homofobia*, se refiere a una actitud de miedo y rechazo a la homosexualidad, acuñado en 1971 por K.T. Smith.

<sup>16</sup> *Bisforia*, define las actitudes de rechazo hacia la comunidad bisexual.

<sup>17</sup> La *transfobia*, se refiere a las creencias y actitudes negativas hacia el colectivo trans y, hacia las personas que no conforman el género conforme a su sexo, incluyendo sentimientos de aversión y miedo irracional a encontrarse o a relacionarse con mujeres masculinas, hombres femeninos, travestis, transgéneros o transexuales.

## **Mitos sobre las ITS en general y el SIDA en particular**

Al igual que en la temática anterior, este es un tema muy tratado en la educación sexual, pero no por ello se encuentra exento de mitos y tabúes. Muchas veces los manuales se encuentran redactados con informaciones incompletas o contradictorias en base a las publicaciones científicas, además de escasa precisión sobre las ITS. El tema del SIDA lo hemos querido mencionar aparte debido a que los y las adolescentes sí que presentan un mayor conocimiento correcto sobre esta enfermedad que no es comparable a otras infecciones de transmisión sexual (García, Cañadas-De la Fuente, González-Jiménez, Fernández, & García-García, 2011). De todas formas, no hay concordancia entre los estudios sobre las falsas creencias sobre las ITS y el SIDA existentes en la población adolescente (Espada, Guillén-Riquelme, Morales, Orgilés, & Sierra, 2014; Samkange-Zeeb, Pöttgen, & Zeeb, 2013).

## **Mitos generacionales**

Existen algunos mitos que no se pueden encuadrar en ninguna temática concreta, sino que más bien son el resultado de algún cambio social que provocó esa creencia en algún momento, que ha seguido siendo transmitida a las generaciones futuras. Entre ellos podemos resaltar la creencia que “el consumo de drogas y alcohol aumenta el deseo y el rendimiento sexual” (Baccarat, citado por Fajardo et al., 2014); que “la pornografía es perjudicial” (Ortega et al., 2005); o bien, que “el sexo se reduce al coito y que el orgasmo es la meta imprescindible de toda relación sexual”. Como vemos, son creencias que hacen referencia a muchos temas y en las que se pueden vislumbrar un poco a partir de qué época se dieron.



## Mitos románticos

Hemos dejado esta categoría para la última, no por ser menos importante, si no por el hecho que son los mitos más interrelacionados con todos los demás y es al mismo tiempo la temática más estudiada por la comunidad científica en lo que a mitos respecta. El *amor* es un constructo social y cultural, que dependiendo del período histórico se va a conceptualizar él mismo y los vínculos entre el matrimonio, el amor y el sexo de manera diferente (Yela, 2003). A lo largo de los últimos tiempos en la cultura occidental esta relación se ha hecho cada vez más estrecha, llegando a considerar el *amor romántico* como normativo de la relación de pareja (Ferrer, Bosch, Navarro, Ramis, & García, 2008). Sigue apareciendo con particular fuerza en la sociabilización y se convierte en el eje vertebral de muchas personas, a pesar de los procesos de apertura y liberación sexual vividos en nuestra sociedad en los últimos tiempos (Bosch et al., 2007). Los mitos románticos son el conjunto de creencias socialmente compartidas sobre la “supuesta verdadera naturaleza del amor”. Estos constituyen, a su vez, unos sólidos cimientos patriarcales, que se instauran en el sistema de creencias de forma profunda e irreflexiva y definen las características del “amor verdadero”. Dichos mitos son imperativos falsos, difíciles e imposibles de llevar a la práctica (Merino, 2016; Valledor, 2012). Estas falsas creencias están asentadas en nuestro sistema de valores y se utilizan como guía para el comportamiento de pareja y amoroso, en especial en la adolescencia cuando se dan las primeras relaciones y se carece de referentes que no pertenezcan a esta mitología. Yela (2003) encuentra diez mitos románticos:

- *Mito de la “media naranja”*, elegimos a la pareja que teníamos predestinada.
- *Mito del emparejamiento*, la pareja heterosexual es algo natural y universal.
- *Mito de la exclusividad*, no se puede estar enamorado de dos personas al mismo tiempo.

- *Mito de la fidelidad*, todos los deseos pasionales, románticos y eróticos deben satisfacerse sólo con una persona, tu pareja.
- *Mito de los celos*<sup>18</sup>, los celos son un signo de amor y requisito de un amor verdadero [el 20% de la población española del estudio de Merino (2016) se mostró de acuerdo con este mito].
- *Mito de la equivalencia*, “amor” y “enamoramiento” son lo mismo, y si la persona deja de estar enamorada ha de dejar la pareja.
- *Mito de la omnipotencia*, “el amor lo puede todo”.
- *Mito del libre albedrío*, los sentimientos amorosos son íntimos y no están influidos por factores ajenos a nuestra voluntad.
- *Mito del matrimonio*, el amor romántico-pasional debe conducir a la unión estable de la pareja y ser la base de la convivencia.
- *Mito de la pasión eterna*, el amor romántico y pasional de los primeros meses deber durar tras años de convivencia.

Estos mitos se aprenden durante la sociabilización de forma implícita o explícita a través de los diferentes agentes y durante todas las etapas del ciclo vital. De todos los agentes sociabilizadores, los más relevantes son los *medios de comunicación*, tanto por su alcance como por la cantidad y fuerza con la que representan los estereotipos románticos. Los cuales en la adolescencia se toman con mayor fuerza, ya que la cohesión intragrupal ofrecida por los programas televisivos y las redes sociales es mayor. Esta mitología romántica hay que tenerla muy en cuenta, dado que contribuye al mantenimiento de la desigualdad en las relaciones amorosas y según los estudios está relacionada

---

<sup>18</sup> Los celos son una experiencia emocional compleja negativa, compuesta por al menos tres emociones básicas como la ira, la tristeza y el miedo, que surge ante la percepción de que la relación está amenazada y puede llegar a deteriorarse o desaparecer como consecuencia de la aparición de una tercera persona, con independencia de que la amenaza sea real o imaginada (Bosch et al., 2007).

con la violencia de género y el control excesivo de la pareja (Ferrer, Bosch, & Navarro, 2010).

En general, siguiendo los estudios mencionados, son los adolescentes más jóvenes los que más mitos poseen y, en cuestión de género, aunque no haya mucha diferencia, hay una tendencia a ser superior en los varones. También se ha encontrado un nivel de conocimientos medio sobre la sexualidad, aunque depende mucho de la temática. Ante esta situación, aquí descrita, consideramos que se deben investigar los mitos sobre la sexualidad y la falta de información o conocimientos erróneos que posee aún la población adolescente. Pues crean una falsa guía de comportamiento y fomentan las actitudes negativas en los y las adolescentes, accionando diversos problemas como son embarazos no deseados, abortos, ITS o violencia de género, junto con la falta de responsabilidad para afrontarlos. Por ello, podemos decir que la educación sexual es muy necesaria en una sociedad que parece muy bien informada, pero que tiene un gran desconocimiento y comete muchos errores. Consideramos por ello, necesario pararse un momento para analizar nuestro papel como profesionales y cuestionarnos al respecto hasta qué punto estos mitos están presentes en nosotros y en nuestro entorno, y hasta qué punto hacemos transferencia de ellos en la educación sexual que realizamos a nuestros y nuestras jóvenes.



## CAPÍTULO 5

# **PROBLEMAS DE SALUD RELACIONADOS CON LA SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA**

## Contenido.

1. Conductas de riesgo.
2. Embarazos no deseados y contracepción.
3. Infecciones de transmisión sexual.
  - 3.1. VIH/SIDA
4. Violencia de género.

La evaluación de la salud de los adolescentes es un componente esencial de la atención prestada por parte de los profesionales a esta población, con el fin de atender los riesgos considerables que su comportamiento pueda representar para su salud. Ésta es una etapa muy importante en el ámbito de la salud sexual de las personas, ya que es en la que se forman los hábitos sexuales y las decisiones sobre el riesgo y/o la protección. Debemos tener en cuenta que existen entre esta población altas tasas de morbilidad incomprensibles debidas a la conducta, entre las principales causas se encuentran el uso y el abuso de sustancias, los embarazos no deseados, las ITS y la infección por el VIH (Teva et al., 2011). Además de riesgos adicionales para la salud física, emocional y social de aquellos adolescentes que no se adscriben a las normas socioculturales de expresión sexual y de género (Corona & Funes, 2015). Por todo ello, consideramos que es una necesidad de salud pública comprender las conductas sexuales que implican peligro para los y las adolescentes y los problemas que les afectan a su salud sexual, ya que pueden cambiar el curso de sus vidas.

### 5.1. Conductas de riesgo

En la sexualidad hay que tener en cuenta que es más la actitud que el conocimiento la que actúa como predictor del comportamiento sexual. Es por ello que son variables como la búsqueda de sensaciones, la percepción de invulnerabilidad y de ausencia de riesgo de los jóvenes o la importancia de la aceptación de los pares, las que favorecen que muchos y muchas adolescentes lleven a cabo conductas de riesgo poco saludables. Siguiendo a Corona y Funes (2015, p. 75), la *conducta sexual* la entendemos como “la manera de expresar los sentimientos sexuales. Incluye besos, caricias, masturbación, actos sexuales no penetrativos, sexo oral, vaginal y anal, sexo por teléfono, sexting, sexo por chat y sexo virtual”. Esto lleva a conceptualizar la *conducta sexual de riesgo* como “la exposición del individuo a una situación que puede ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona” (García, Menéndez, Fernández, & Cuesta, 2012, p. 80). De estas definiciones podemos extraer que las *prácticas de riesgo* son prácticas sexuales que conllevan un

matiz perjudicial para la salud como puede ser el coito vaginal, anal u oral sin método anticonceptivo y/o de barrera, la promiscuidad sin protección, el consumo de alcohol u otras drogas de manera concomitante con estas prácticas, etc.

Se ha demostrado que los tipos de afrontamiento influyen en el desarrollo de conductas de riesgo. De tal modo que el afrontamiento centrado en la emoción, el de evitación o, simplemente, el empleo de estrategias de afrontamiento desadaptativas está relacionado con conductas sexuales de riesgo. A modo general, los factores que influyen en estas conductas de riesgo en los y las adolescentes (Teva et al, 2011) pueden ser de carácter comunitario (nivel educativo, pobreza,...), familiares (carencia de supervisión, calidad de la relación con los padres,...), e individuales (riesgo percibido, creencias, conocimientos sobre el VIH,...). Los y las jóvenes se consideran un colectivo susceptible de incurrir en conductas sexuales de riesgo. En un estudio de Calatrava, López-Del Burgo, y de Irala (2012), se clasifican los conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo detectados en este colectivo:

- Entre los conocimientos y actitudes destacan “*no conocer otras ITS distintas al VIH*”, “*tener una actitud positiva ante las relaciones ocasionales*”, “*pensar que algunas medidas no efectivas contra el VIH lo son*” o “*no conocer los riesgos de tener múltiples parejas*”.
- Entre las prácticas destacan *el inicio precoz de las relaciones sexuales, tener relaciones sexuales sin preservativo o tener sexo comercial*.

En función a esto, vemos que es importante conocer cuáles son los factores que influyen en el comportamiento sexual de nuestra población adolescente y en qué situación respecto a ellos se encuentran.

El inicio de las relaciones sexuales depende mucho de cada persona, aun así, tanto en Europa como en España, se ha aumentado la precocidad en las primeras relaciones de nuestros y nuestras jóvenes, al igual que la promiscuidad. Podemos ver en los últimos estudios una clara disminución de la



edad media en la que nuestros y nuestras adolescentes tienen su primera relación sexual. Ésta varía mucho en función del estudio que miremos, pero en general en España se sitúa entre los 14 y los 15 años en la mayoría de los estudios (García et al., 2012; Rodríguez & Traverso, 2012; Giménez-García et al., 2016; Lima, Lima-Rodríguez, Sáez-Bueno, & Cáceres, 2013; Teva et al., 2011), aunque hay algunos que se salen de este rango tanto por arriba con 16,7 años de media (Folch et al., 2015), o por abajo mostrando una media de 13,11 años según lo indicado por los y las participantes (Cabrera & Guerra, 2014). Respecto al porcentaje de adolescentes activos en estudios también hay varianza, los porcentajes se distribuyen entre los rangos más extremos que son 17,5% (Royuela, Rodríguez, Marugán, & Carbajosa, 2015) y 37,5% (Molina, Méndez, y Martínez, 2015). La precocidad en sí misma no es un problema si las relaciones se tienen de forma consentida y saludable. El problema por el que se considera una conducta de riesgo es porque se relaciona con otras prácticas sexuales de riesgo; suelen tener con mayor frecuencia una ITS, tienen mayor número de parejas sexuales, mayor número de relaciones sexuales no planificadas y múltiples encuentros ocasionales, un menor uso del preservativo y mayor probabilidad de embarazos no deseados (Royuela et al., 2015).

El uso inconstante de los métodos anticonceptivos en nuestra población de estudio es algo usual, esta inconstancia se sitúa entre el 15-20% con respecto al uso del preservativo, que aumenta en el coito anal, y aún más en el sexo oral (Calatrava et al., 2012). Los factores predisponentes para no usar el preservativo son las falsas creencias sobre la sensibilidad en las relaciones, la falta de conocimientos por la juventud, haber tenido pocas relaciones y no planificadas, y tener una pareja estable que hace que se sientan menos vulnerables (García-Vega et al., 2012; Teva et al., 2011). Esta conducta de riesgo se relaciona con el uso de anticoncepción de emergencia y los embarazos no deseados, habiendo aumentado en la población joven española en los últimos tiempos. Al igual que con los métodos anticonceptivos, tal y como apuntábamos más arriba, el desconocimiento de otras ITS diferentes al VIH, y las creencias erróneas sobre éste último y el SIDA, son un promotor de

las conductas sexuales de riesgo, habiendo aumentado el número de casos entre los y las jóvenes en los últimos años (Royuela et al., 2015).

Pero todas las conductas de riesgo no afectan sólo al físico de una persona, sino que hay conductas que lo que dañan es la salud mental y emocional de la misma. El mundo de las nuevas tecnologías en el que han nacido las nuevas generaciones acarrea nuevas conductas de riesgo, como pueden ser el “sexting<sup>19</sup>” o el “ciberacoso sexual”, las cuales aceleran el desarrollo sexual de dichas poblaciones sin permitirles un crecimiento acorde a sus cambios intrínsecos. Algunos de los riesgos de la práctica del “sexting” son la pérdida de privacidad, ya que las imágenes de desnudos o semidesnudos se pueden ir enviando y acabar en manos no deseadas. El “ciberacoso” es otro riesgo que puede llegar a ser muy serio, sin ser excluyente con la anterior práctica de riesgo mencionada, sino que se pueden dar a la vez. Una consecuencia muy importante de estas prácticas de riesgo es la *degradación personal*, sufrida por las presiones, el miedo y el deterioro de la imagen propia, en una etapa del ciclo vital en la que la opinión de los pares toma fuerza de forma brusca. Entre las consecuencias de esta conducta de riesgo se encuentran las relaciones sexuales casuales o con múltiples parejas, conductas de riesgo como no utilizar métodos anticonceptivos o la infidelidad (Mercado, Pedraza, & Martínez, 2016). Conforme a los avances de la “nueva era informática”, debemos hacer análisis y mención también de sus posibles riesgos para la salud de nuestros adolescentes e intentar ir, si no por delante de esos problemas, al menos a la par de ellos. Según los estudios los adolescentes mismos asocian la práctica del “sexting” con conductas de acoso

---

<sup>19</sup> El término “sexting” es un vocablo anglosajón y hace referencia a la combinación de “sex” (sexo) y “texting” (envío de texto por teléfono móvil). Debido a los avances en el mundo virtual no hay una definición clara aún hoy día entre los investigadores, aunque hace referencia al envío de mensajes con imágenes o videos sexualmente sugestivos enviados a través de medios electrónicos. Siguiendo a Mercado et al., (2016), definimos el “sexting” como “el intercambio de mensajes en alguna conversación privada por medio de algún medio electrónico, con contenido sexual explícito o implícito, ya sea con texto y/o imagen creada por el autor, en donde se considere que se muestra desnudo o semidesnudo.”

sexual y con la difusión de imágenes o videos pornográficos a través de Internet<sup>20</sup> principalmente (Fajardo et al., 2013).

Una vez analizadas las principales conductas de riesgo que se dan en los adolescentes queremos resaltar la conexión que éstas también tienen con el género. Viendo reflejada la influencia de éste sobre las actitudes sexuales como ya hemos visto de manera general anteriormente, y ahora de manera específica en referencia a las conductas de riesgo. A rasgos generales, y respecto a los últimos estudios, los chicos tienen más conductas sexuales de riesgo, predominando principalmente la búsqueda del placer, un inicio más precoz en las relaciones sexuales, mayor número de parejas y de parejas ocasionales y más conductas de masturbación. Por el contrario, las chicas suelen buscar más la intimidad, tener relaciones de pareja más exclusivamente dentro de la propia pareja y asociadas éstas al contenido afectivo y al amor.

Como hemos descrito se ha producido un incremento de las prácticas sexuales de riesgo de la población adolescente, lo que ha provocado un empeoramiento general de la situación en los últimos años. En contrapartida, una actitud correctamente aprendida y aplicada tenderá a promover conductas saludables para las personas, al tiempo que afiance una prevención primaria de salud. Es por ello que la actuación sobre las prácticas de riesgo por parte de los y las profesionales formados y formadas para conseguir su reducción supone un importante reto para la Salud Pública en general, y para la labor enfermera en particular. Con esto podemos concluir, como ya venimos diciendo, que un pilar básico y cada vez más necesario es la educación afectiva-sexual en una juventud que parece y considera estar bien informada pero que, sin embargo, presenta altos niveles de riesgo.

---

<sup>20</sup> El empleo de Internet desde temprana edad hace que los y las adolescentes sean expertos en su uso, mediante el cual realizan visitas a páginas de contenido sexual, consiguen pareja o tienen “cibersexo” (Folch et al., 2015).

## 5.2. Embarazos no deseados y contracepción.

Los embarazos en la adolescencia son un tema controvertido. Hasta hace bien poco, los profesionales pensábamos que todos ellos eran embarazos no deseados, pero indagando más en esta población algunas adolescentes dicen querer estos embarazos por razones tan variadas como para “tener un estatus social”, dentro de poblaciones más marginadas socialmente, y dónde ser madre es signo de madurez y adultez; para “pillar” a la pareja y de esta forma asegurar que no las dejen; o como parte de un estándar intrínseco de las relaciones románticas (Colomer y Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia, 2013). Pero aparte de este pequeño número de casos que se dan en nuestra sociedad, nosotros nos vamos a centrar y dar datos de aquellos que se producen entre las jóvenes y que no han sido buscados sino que han sido producto de malas prácticas o de algún fallo en la contracepción. El embarazo en adolescentes sigue siendo un problema de salud pública en España. Esto es debido a su tasa en aumento hasta 2008, seguida de un leve descenso en los dos años siguientes y su mantenimiento a partir de 2010. Conforme los últimos datos, en España se quedan embarazadas en torno a un 5% de las chicas entre 15-19 años (Folch et al., 2015; Moreno & Rodríguez, 2013). Según la OMS el embarazo en las adolescentes es un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y del feto, además de las secuelas psicosociales que les puede acarrear a las adolescentes. Otro de los riesgos asociados al embarazo no deseado es la *Interrupción Voluntaria del Embarazo* (IVE) o aborto voluntario. La tasa de IVE en mujeres adolescentes (IVE por mil mujeres menores de 19 años) tuvo una progresión ascendente hasta 2007 (13,79/1000), presentando luego una tendencia descendente hasta 2010, para mostrar un pico más alto en 2011 (13,68/1000). Este repunte fue debido al aumento de centros que notificaron IVE y a la mayor abertura legal para el aborto, producida por la aprobación de la *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo* (2010). A partir de este año la tasa de IVE en adolescentes ha ido disminuyendo hasta llegar a la tasa más baja desde

2005 (9,92/1000; Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología, 2014).

En función a estos números debemos poner la atención en la utilización de los métodos anticonceptivos por parte de la población adolescente de España. En función de los datos del INJUVE 2012, que son los datos más representativos de la adolescencia española, sólo un 84,8% de los encuestados utilizaron un método anticonceptivo en la última relación, de los que un 82,9% usó el preservativo (Moreno & Rodríguez, 2013). Este método también es el más utilizado por la muestra de Rodríguez y Traverso (2012), seguido del coitos interruptus y de las píldoras anticonceptivas, y en la que apenas uno de cada tres de los encuestados conocían qué era el doble método<sup>21</sup>. La inconstancia en el uso del preservativo varía mucho dependiendo del estudio, pero se sitúa entre el 15-33%, como apuntábamos antes (Colomer y Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia, 2013).

Existen cantidad de métodos anticonceptivos de diferentes modalidades al alcance de nuestros y nuestras adolescentes. Es tarea del sanitario al dar la educación sexual informarles de todos ellos, sin transferirles sus creencias personales, sino desde una preparación abierta y formal, ayudándoles en la elección con la transmisión de los conocimientos que posee. A parte de la evidencia científica de que únicamente los preservativos masculino y femenino, dentro de los métodos de barrera y demás anticonceptivos, evitan el contagio de las ITS, el mejor método anticonceptivo es aquel que elija de mutuo acuerdo la pareja (Peláez, 2016). Debido a que la adolescente es la que va a ver su vida más afectada ante un embarazo no deseado, debemos promocionar las decisiones igualitarias en las parejas, basadas en el respeto y el consentimiento mutuo, estos son aspectos esenciales de una buena salud sexual y reproductiva (Larrañaga et al., 2014).

---

<sup>21</sup> El doble método, es la utilización conjunta de píldoras anticonceptivas o cualquier otro anticonceptivo hormonal y del preservativo. Es un método muy promocionado para los adolescentes por ser una barrera casi perfecta para los posibles problemas tanto de ITS como de embarazo no deseado.

### 5.3. Infecciones de transmisión sexual.

Según los datos de la OMS (2007) cada día un millón de personas contrae una infección de transmisión sexual (ITS), entre las que se encuentra la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Las ITS suponen una lacra para la salud sexual y reproductiva de las personas a la misma vez que para la salud pública en general, por su magnitud y por sus complicaciones y secuelas si no se realiza un diagnóstico y tratamiento precoz. Las ITS incluyen una serie de patologías causadas por agentes infecciosos (virus, bacterias, hongos, protozoos y ectoparásitos), en las que la transmisión sexual es relevante desde el punto de vista epidemiológico (Grupo de trabajo sobre ITS, 2011). De todos los agentes infecciosos, 8 se han relacionado con la máxima incidencia de enfermedades de transmisión sexual. De esas 8 infecciones, 4 de ellas son hoy día tratables y curables; entre ellas se encuentran las debidas a *Treponema pallidum* (sífilis), *Neisseria gonorrhoeae* (gonorrea), *Chlamydia trachomatis* (clamidiasis) y *Trichomonas vaginalis* (tricomoniasis); produciéndose 498,9 millones de infecciones al año en el mundo entero. Las otras 4 son infecciones víricas e incurables, producidas por el VIH, el virus del herpes simple (VHS), el virus de los papilomas humanos (VPH) y el virus de la hepatitis B. Y que producen, a su vez, millones de infecciones cada año (ONUSIDA/OMS Grupo de Trabajo sobre la Vigilancia Mundial del VIH, el Sida y las Infecciones de Transmisión Sexual, 2014). Las ITS se propagan principalmente a través del contacto sexual, ya sea sexo oral, vaginal o anal. Aunque también pueden transmitirse por medios no sexuales, como por transfusiones de sangre o por la vía materno-filial. El control de estas infecciones es complicado ya que se pueden transmitir en el periodo de latencia de la enfermedad, sin saber que se tiene, e influyen de manera significativa el que algunas infecciones tengan un periodo de latencia muy largo, como el VIH. A pesar de ello los síntomas comunes de las ITS incluyen flujo vaginal, secreción uretral o ardor en los hombres, úlceras genitales y dolor abdominal.

Como se observa, es un panorama que preocupa y ha de preocupar a la salud pública. En el caso de España, y a pesar de que en los países

desarrollados las cifras son mínimas comparadas con los países en vías de desarrollo, la situación de los últimos años ha empeorado. La información sobre las ITS en nuestro país se obtiene a través del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) incluido en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE); y según los datos ofrecidos por la Dirección general de salud pública, calidad e innovación, las tasas de ITS, salvo el VIH, han sufrido un aumento progresivo desde el año 2004 (Área de vigilancia del VIH y conductas de riesgo, 2015a). Esta situación es preocupante para los adolescentes, que a pesar de no ser la población con más incidencia de ITS (que es la comprendida entre los 25-34 años), se ve afectada por casos de ITS cada vez en mayor proporción (Picot et al, 2012). Este empeoramiento de la situación de los y las adolescentes referido a las ITS respecto a años anteriores está relacionado con factores vistos con anterioridad. Son estos las prácticas sexuales de riesgo, una iniciación sexual activa cada vez más precoz, el uso inconstante del preservativo y el conocimiento medio que denota la juventud sobre las ITS y el SIDA, unido todo ello a la percepción de invulnerabilidad (Calatrava et al., 2012; Samkange-Zeeb et al., 2013).

Según varios estudios, y a pesar de los programas de educación sexual actuales, los adolescentes no identifican la mayoría de las ITS, teniendo un conocimiento más alto en el VIH/SIDA. La sífilis y la gonorrea la identifican como ITS en torno a la mitad del alumnado adolescente, seguidas en orden descendente de conocimiento por parte del alumnado, por el herpes simple, la clamidia, el VPH y la tricomoniasis, reconocidas como tales por aproximadamente un tercio de la población (Gascón et al., 2003; Molina et al., 2015). Al igual que en los programas de educación sexual, vamos a analizar de forma aislada la infección por el VIH, dada la importancia que dicha infección tiene en todo el mundo, y que ha sido declarada como pandemia por la OMS.



### 5.3.1. VIH/SIDA.

Los datos que tenemos sobre el SIDA y las infecciones por el VIH son sobrecogedores aún hoy día. Podemos hablar de pandemia debido a que 36,9 millones de personas vivían en el mundo con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en 2014, de las cuales 2 millones fueron nuevas infecciones (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2016). La distribución global del VIH/SIDA es muy diferente dependiendo de las regiones mundiales. En Europa occidental, al contrario de lo que hemos visto con respecto a las demás ITS, el número de nuevas infecciones se mantiene estable desde el año 2000 (ONUSIDA, 2015). La situación en España es parecida a la de Europa, 3.366 nuevos casos se registraron en nuestro país en 2014, de los cuales un 1,9% eran adolescentes menores de 20 años. Si atendemos a la vía de transmisión, el 53,9% se produjo por relaciones sexuales entre hombre-hombre, seguido por un 26,0% por relaciones sexuales heterosexuales (Área de vigilancia del VIH y conductas de riesgo, 2015b). Esto nos sitúa en un panorama muy diferente de los primeros años del milenio, donde las personas que consumían drogas representaban más riesgos para infectarse. Para poner fin a esta pandemia desde el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) para 2016-2021, y con el compromiso de los países que la componen, se han planteado varios objetivos para 2020, entre los que se encuentran que el 90% de los hombres y mujeres, en especial los jóvenes, tengan acceso a programas de prevención combinada del VIH y a servicios de salud sexual y reproductiva, y que casi la totalidad de los jóvenes estén facultados con las habilidades, el conocimiento y la capacidad para protegerse del VIH (UNAIDS, 2015). Estos dos objetivos sintetizan la máxima enfermera de la prevención sanitaria, basándose en el principio de que lo primero y más eficaz para erradicar el SIDA es la prevención de la transmisión del VIH.



#### 5.4. Violencia de género.

Los conflictos en sí son inevitables en cualquier tipo de relación e inherentes de por sí en las relaciones de pareja, que pueden devenir en interacciones violentas si no se resuelven de manera correcta o si alguien quiere ejercer una función dominante sobre el otro. Aunque pueda parecer que es sólo cuestión de adultos, las relaciones entre los adolescentes no se ven exentas de estos comportamientos agresivos (Rubio-Garay, Carrasco, Amor, & López-González, 2015). Son los conflictos y la violencia fenómenos preocupantes en los y las adolescentes y jóvenes de nuestra sociedad por las dimensiones del problema, ya que estas conductas pueden desembocar en actos de naturaleza conflictiva. Es por ello, por lo que conductas como el acoso, la imposición, la discriminación o la violencia contra las mujeres son problemas que demandan una atención urgente, puesto que entran en juego muchos factores de diversa índole (culturales, grupales, relacionales, personales, etc.; Bascón Díaz, 2013). Numerosos organismos internacionales y nacionales informan a cada momento de datos que justifican la consideración de la violencia contra la mujer como un problema que atañe a la sociedad contemporánea por completo. Entre los organismos internacionales nos encontramos la OMS, que ya en 1996 la define como un problema de salud pública mundial por sus proporciones epidémicas y la declara como una prioridad internacional para los servicios de salud; y la ONU, que en la Resolución 34/180 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, de 18 de diciembre de 1979 la define como atentado contra los Derechos Humanos (ONU, Organización de las Naciones Unidas, 1979). A nivel nacional, en España en 2017 está en vigor la *Ley Orgánica 1/2004, del 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género* (2004). Más concretamente en la comunidad autónoma de Andalucía, que es la que nos atañe, por la *Ley 12/2007, del 26 de noviembre, para la Promoción de la Igualdad de Género en Andalucía* (2007). Y si nos desplazamos al ámbito de la educación, está en vigor el *II Plan Estratégico de Igualdad de Género en Educación 2016-2021* (2016).

El *género*, como ya hemos visto con anterioridad, es el significado y construcción cultural que las sociedades atribuyen a los rasgos biológicos asociados con el sexo. Aunque si bien se distinguen claramente dos géneros (masculino-femenino), en la realidad existe un amplio espectro entre estos dos modelos e incluso fuera de ellos (personas andróginas). Es por ello que se ha de contextualizar la violencia de género antes de poder atajar el problema. En el Artículo 1 de la *Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer* se establece como “discriminación contra la mujer”,

toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera. (ONU, 1979, p. 52)

La conceptualización de violencia de género de la presente tesis coincide con la expuesta en la *Ley Orgánica 1/2004, del 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*, que la define como la

...manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia. (2004, Art. 1)

En dicha Ley también se recoge que “comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad” (2004, art.1). Como se desprende de estas definiciones, la violencia de género está fundamentada en relaciones asimétricas de poder orientadas a establecer o perpetuar las

relaciones desiguales. Si bien, esta normatividad no atribuye únicamente a las mujeres determinados lugares constreñidos, específicos y subalternos, sino que discrimina y coarta a todas las categorías de personas que transgreden las formas de conductas obligatorias que impone la heteronormatividad (Donoso-Vázquez, Rubio, & Vilà, 2016).

Siguiendo a Venegas (2011), existen cinco tipos de violencia de género: física, psicológica, simbólica, sexual y estructural. Pese a que no todas implican el mismo grado de daño, todas tienen consecuencias, que van desde ansiedad, síntomas de depresión, anulación personal, trastornos psiquiátricos, e incluso la muerte. En el caso de las y los adolescentes también se relacionan con peores resultados académicos. Esta situación se perpetúa debido a que ha estado legitimado en el imaginario colectivo por una serie de mitos y falsas creencias. Como señalábamos al inicio del epígrafe, los y las adolescentes también sufren este problema de salud. Existe un acuerdo entre los profesionales y organismos sobre la elevada tasa de incidentes violentos en las relaciones entre los y las adolescentes, y un consenso sobre su gravedad, fundamentalmente por las consecuencias nefastas que pueden tener. Internacionalmente la violencia en la pareja de adolescentes se denomina *Teen Dating Violence*, y hace referencia a cualquier conducta violenta (física, psicológica, sexual), incluyendo el acoso y las amenazas que causen miedo a la víctima y que sea dirigida hacia la pareja (Centers for Disease Control and Prevention, a través de Merino, 2016). Mediado por la edad de los y las adolescentes esta violencia de género se da en las relaciones de noviazgo. Aquí la violencia comienza de manera gradual y progresiva, y su desarrollo o mantenimiento estará condicionado por la presencia de factores de riesgo, como la justificación de la violencia como medio de resolución de conflictos. Existen tres elementos esenciales de la violencia en el noviazgo: *la amenaza o provocación de un daño real, el control o dominio del otro miembro de la pareja, y que las amenazas, las coacciones, el control o la dominación se produzcan en el seno de una relación de noviazgo*. En ésta, al igual que en toda violencia de género, las variables asociadas, (inter)personales y situacionales, pueden ejercer un papel precipitante, facilitador, mediador/modulador o

inhibidor/protector. Entre los factores precipitantes se encuentran el consumo de alcohol y otras drogas a la hora de ejercer la agresión, los celos y conductas controladoras, las conductas sexuales de riesgo y los embarazos no deseados, entre otros. Por su parte, los mitos y creencias sobre la relación de pareja, los mitos románticos, la exposición a modelos de violencia o las características de la relación presente son elementos favorecedores (Rubio-Garay et al., 2015).

Los datos sobre el aumento de la incidencia de la violencia de género en los adolescentes vienen a corroborar todas las alarmas que desprenden estos párrafos anteriores. La violencia entre los adolescentes se infravalora socialmente, puesto que se ve menos dañina; además, debido a su inicio gradual, a veces dentro del contexto del juego, resulta difícil identificar los primeros indicios de violencia, humillaciones, aislamientos, actitudes hostiles, etc. La tolerancia de estos primeros signos conlleva el establecimiento y aceptación de patrones violentos en el seno de la pareja. Según los estudios más recientes, a pesar de la mayor participación de los y las adolescentes en creencias tolerantes y de rechazo de la violencia, continúa existiendo cierto grado de aceptación ante las afirmaciones que justifican la violencia como conducta de reacción y valentía; así como de las creencias sexistas y la justificación de la violencia doméstica. Este grado de aceptación es mayor en los chicos y cuanto mayor es el curso académico en el que se encuentran los y las adolescentes (de la Osa, Andrés, & Pascual, 2013; Merino, 2016). Respecto a las diferencias de género, existen investigaciones que muestran que ambos sexos ejercen y sufren violencia en las relaciones de pareja, aunque no todos los autores piensan así. Algunos sostienen que la violencia en las relaciones entre adolescentes hoy en día es bidireccional apoyándose en la *hipótesis de la simetría*<sup>22</sup> (Merino, 2016). Otros por su parte, dicen que hay que diferenciar entre la violencia de género, ejercida por el sexo masculino hacia el femenino, y la violencia común en la pareja, que puede ser uni o bidireccional. Según

---

<sup>22</sup> En la hipótesis de la simetría, se entiende que existe simetría en la perpetración de la violencia en la pareja independientemente del género, pero que existe asimetría en sus efectos, con consecuencias más adversas para las mujeres.

estos autores la violencia de género difiere de las demás por la representación de un patrón de control y dominio hacia la mujer, por el simple hecho de serlo, y es asimétrica (Johnson & Leone, 2005). En este estudio seguiremos la conceptualización de violencia, entendida en ambas direcciones. Hoy en día los y las adolescentes se mueven con mayor libertad entre las distintas identidades de género y orientaciones, y entendemos que la conceptualización de violencia de género entendida como unidireccional deja fuera la violencia sufrida por estos adolescentes.

Si nos basamos en los datos, el 25% de los adolescentes dicen sufrir o haber sufrido algún tipo de victimización, y entre el 15-50% han ejercido algún tipo de violencia contra su pareja (Merino, 2016; O'Keefe, 2005). Otro estudio apunta que el 50% de las adolescentes y el 39% de los chicos han sufrido diferentes formas de coerción; y que entre el 23% y el 60% la han experimentado en el noviazgo (Saldívar, Jiménez, Gutierrez, & Romero, 2015). La coerción a estas edades puede tener consecuencias graves para la salud sexual de los y las jóvenes y promover el aprendizaje de relaciones con violencia. Por último, si nos fijamos en el estudio sobre la prevalencia de violencia de género en la población adolescente española realizado por Díaz-Aguado, Martínez y Martín (2013), se observan las conductas más frecuentes de violencia sufrida por las chicas: como *violencia física* destacan el 2,8% que afirman que les han pegado; en la *violencia sexual* tiene mayor prevalencia el haberse sentido obligadas a conductas de tipo sexual que no deseaban (9,5%); y *a través de las nuevas tecnologías*, un 15,2% ha sufrido acoso. En estos estudios y otros se demuestran las correlaciones que existen entre la violencia de género en la adolescencia y otras variables, como por ejemplo: entre el sexismo y la violencia de género, viéndose potenciada esta relación por un nivel de razonamiento menos desarrollado (Díaz-Aguado, Martínez, & Martín, 2004); entre el curso académico y la identidad basada en los estereotipos y los roles de género (de la Osa et al., 2013); entre la violencia de género y la identificación del dominio de los demás asociada al estereotipo masculino tradicional (Merino, 2016); o entre el empleo de la violencia en el noviazgo y el riesgo de cometer agresiones posteriores, y entre la duración de la relación y el

riesgo de agresión de la pareja, basado en el hecho de que cuanto más antigua es la relación y mayor el contacto y la intimidad mayor es el riesgo (Rubio-Garay et al., 2015).

Antes de finalizar con este apartado, hemos de hacer hincapié en una violencia de género de la que no existen muchas evidencias científicas, la e-violencia, pero que, sin embargo, cada día aumenta su incidencia y es la población adolescente la de mayor riesgo. Las violencias de género se reproducen en los nuevos espacios donde a pesar de no aparecer “*el cuerpo*” explícitamente, existe una irrupción y mantenimiento de las jerarquías y los estereotipos patriarcales. El género que existe en la red sigue siendo heteronormativo. Por ello, tanto las mujeres como cualquier persona que se encuentre fuera de los límites impuestos por estos estereotipos se convierten en un colectivo vulnerable de ser agredido o acosado a través de las redes, tal y como puede observarse cada día. Siguiendo a Bueno (2013), entendemos por *e-violencia* la violencia psicológica ejercida sobre la mujer por quien esté o haya estado ligado a ella por una relación de afectividad, aún sin convivencia, realizada a través de cualquier medio tecnológico o electrónico, ejercida mediante conductas en el plano virtual, como amenazas, humillaciones o vejaciones, exigencia de obediencia o sumisión, coerción, insultos, aislamiento o limitaciones de su ámbito de libertad, produciendo desvalorización o sufrimiento en la mujer. Esta violencia es conocida también como *violencia de género 2.0*. Según este autor, se categoriza la e-violencia en tres subtipos, el sexting<sup>23</sup>, el ciberacoso/ciberbullying<sup>24</sup> y el (ciber)stalking<sup>25</sup>. Todos ellos tienen

<sup>23</sup> El sexting lo incluimos tanto en este epígrafe como en el de las conductas de riesgo, ya que es una conducta con pocas evidencias científicas hasta el momento. No es una e-violencia por sí misma, pero puede utilizarse el material enviado por la persona de forma voluntaria para el acoso, u obligar a envíos posteriores mediante el chantaje.

<sup>24</sup> El ciberbullying se refiere a la conducta de acoso y hostigamiento en el entorno TIC, mediante insultos, vejaciones, amenazas, chantajes, entre iguales, siendo estos menores y no incluyendo el acoso sexual ni los casos con personas adultas implicadas (INTECO, Instituto Nacional de Tecnologías de la Comunicación, 2009).

en común el miedo y la amenaza de la seguridad que padece la víctima. Unas características muy particulares de la e-violencia, y por las que están colonizando rápidamente los espacios virtuales son, su amplitud de la potencial audiencia, la invisibilidad o anonimato que ofrecen estas redes, el tiempo y el espacio (en cualquier lugar y momento), ser imperecedero, rapidez y comodidad, y la fuerza física o el tamaño no afecta (el acosador no tiene por qué ser más fuerte que la víctima). Estas características hacen muy difícil su control, y pueden llevar a consecuencias nefastas para las víctimas.

En los últimos estudios, ya se empieza a analizar este fenómeno, y recogen un aumento significativo de la violencia de género ejercida a través de internet, las redes sociales y los espacios telemáticos en general. Estos estudios también coinciden en que desde la sociedad misma se está normalizando y ocultando el comportamiento habitual de acoso que se produce en estos medios. Muchas veces las mujeres no identifican éste como tal, sin poder eliminar por ello el problema. La confianza en la pareja y la creencia de que ésta mantendrá la privacidad de los datos íntimos compartidos, configuran una nueva forma de vulnerabilidad nunca antes presenciada, ya que para los y las adolescentes su vida privada se maneja casi por igual dentro de las redes sociales como en la vida real (Tarriño & García-Carpintero, 2014). Si nos fijamos en los datos, a pesar de que la e-violencia puede afectar a ambos miembros de la pareja, suele afectar mucho más a las mujeres, con un 77,9% de las mujeres que fueron acosadas, lo fueron a su vez a través de los espacios virtuales (Donoso-Vázquez et al., 2016). Al mismo tiempo, si nos centramos en los datos de ciberacoso, según el estudio realizado por Díaz-Aguado et al. (2013), un 19,8% declaró haber difundido mensajes a través del móvil o internet en los que insultaba u ofendía a otras personas, reconociendo haber ejercido acoso a través de las nuevas tecnologías.

---

<sup>25</sup> El ciberstalking, es la persecución ininterrumpida e intrusiva a un sujeto con el que se pretende establecer un contacto personal contra su voluntad, sirviéndose para ello de las TIC's (Tarriño & García-Carpintero, 2014).



Los resultados presentados sobre la e-violencia ponen de manifiesto la existencia de este tipo de violencia, aunque debido a la falta de bibliografía sobre este tema son sólo un atisbo de la posible realidad. Desde los estratos profesionales se considera que las chicas están siendo secuestradas nuevamente por el patriarcado en un espacio virtual carente, en sus inicios, de género. También vemos como la influencia de los mitos románticos relacionados con la violencia de género pueden tender a la aceptación de ciertas conductas de control abusivo, durante las 24 horas del día, a través de las redes sociales o las nuevas tecnologías como una prueba de amor, sin detectar los primeros signos de dicho problema.

A modo de conclusión, queremos destacar que a pesar de los grandes avances en materia de igualdad que se están realizando en las últimas décadas hay que seguir investigando la perpetuidad de una lacra social como es la violencia de género. Realizando una educación afectivo-sexual holística en los colegios e institutos, abordando no sólo la dimensión física de la persona, sino además contenidos tan importantes como las identidades y los roles de género (Rubio-Garay et al., 2015). Son las investigaciones más recientes las que resaltan que debido a la elevada prevalencia de violencia en los y las adolescentes en las relaciones de noviazgo, esta educación debería empezar antes de que comenzaran a tener relaciones de pareja, para ayudarles de antemano a entender las dinámicas de las relaciones saludables y que no se introdujesen en relaciones tóxicas. Estas mismas señalan que en España la edad media de inicio de las relaciones de pareja gira en torno a los 13 años, con una tendencia descendente en los últimos años. Se detecta que el inicio precoz de las relaciones de noviazgo incrementan también el riesgo de violencia de género (Verdugo, 2016). Se hace evidente para los investigadores, por todo ello, la necesidad de implementar programas de prevención primaria en entornos educativos y comunitarios, que contemplen la atención y la modificación de las variables. La prevención y la promoción son dos de las competencias básicas de las enfermeras a la hora de detectar y prevenir la violencia de género.



## CAPÍTULO 6

# EDUCACIÓN SEXUAL

## Contenido.

1. Evolución histórica de la educación sexual.
2. Evolución de la Educación sexual en el marco de la legislación educativa en España.
3. La educación para la salud como contexto de la educación sexual.
  - 3.1. El Programa Forma Joven en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

En las últimas décadas ha aumentado la necesidad de que la población reciba una buena educación sexual por diversos motivos. Entre ellos podemos destacar, la migración de población con diferentes contextos culturales, la propagación de nuevos métodos de comunicación, el surgimiento y propagación del VIH/SIDA, el aumento de la preocupación por el abuso sexual de niños, niñas y adolescentes, y en menor medida aunque no menos influyente, el cambio de actitudes hacia la sexualidad y la modificación del comportamiento sexual entre los adolescentes. A consecuencia de esta imperiosa necesidad, la mayoría de los países de Europa Occidental, poseen directrices nacionales o normas mínimas para esta educación. A pesar de ello, nunca se han puesto en común ni se ha intentado hacer normas a nivel Europeo, sino que son leyes aisladas del contexto global.

Desde diferentes organismos se aboga por una educación sexual holística, ya que ésta proporciona una educación sin prejuicios y científicamente correcta, a la vez que ayuda a desarrollar las habilidades necesarias para actuar en función de dicha información. La importancia de este tipo de educación reside en que contribuye de forma directa al desarrollo del respeto y de actitudes mentales abiertas, fomenta las sociedades equitativas, y favorece la formación de ciudadanos y ciudadanas capaces de explicar, analizar y transformar la realidad (Lameiras & Carrera, 2009). El enfoque holístico de la sexualidad está basado en la comprensión de ésta como área potencial que ayuda a los niños y las niñas y adolescentes a confeccionar habilidades esenciales para que puedan delimitar su propia sexualidad. Todo esto encuadrado dentro de una educación más general, que incentiva el desarrollo de la personalidad de cada niño y niña. Podemos decir que con este marco lo que se está favoreciendo en última instancia es la promoción de la salud individual en general, ya que se desarrolla el ser sano desde la perspectiva positiva.

La educación sexual es un concepto que parece claro a primera vista por todos y todas, pero hay mucha discusión por los profesionales en los detalles de cómo llevarla a cabo, en el concepto en sí y en la propia denominación. Nosotros, al igual que la mayoría de los profesionales, preferimos la

denominación de educación sexual a secas, ya que apostamos por una educación general e integral, por lo que resulta redundante llamarla así. Se da por sentado que no es sólo el estudio de la anatomía o fisiología concerniente, y que el tratamiento es algo inherente a la propia educación (Barragán, 1994). No es hasta la década de los setenta cuando se formaliza la educación sexual, sobre todo escolarmente. Vamos a ver un poco la evolución de éste concepto.

En 1990, Kaplan y Sandock, determinaron que la educación sexual no es sólo ofrecer información sobre la fisiología y anatomía genital, sino que se debe formar al individuo en actitudes que le capaciten para obtener su propio sistema de valores. Todo ello con vistas a permitirle gozar de una vida sexual más sana, consciente y responsable. Font (1990), continuó en esta línea, y añadió también la importancia del aprendizaje comportamental. Las metas de la educación sexual eran favorecer una adecuada y variada información, adquirir actitudes positivas hacia la propia sexualidad y el cuerpo, además de fomentar en el individuo la autoestima, el respeto y el afecto. La aportación de Font es importante, ya que introdujo la concepción de continuidad de la educación desde los primeros años de vida de la persona junto a la responsabilidad compartida por familia, escuela y sociedad. Durante la década de los noventa del siglo XX, en nuestro país el Equipo Harimaguada (1995) ofreció una definición muy enriquecedora, al considerar que la educación debe ser afectiva-sexual y que posee un carácter transformador y procesual. Junto a ello, además, se añade un elemento muy importante como considerarla un *derecho* de los niños, niñas y adolescentes. Al igual que Font, el Equipo Harimaguada, responsabiliza a la familia, la escuela y los servicios sociosanitarios de hacerla llegar a los niños, niñas y jóvenes. Como hemos comentado antes, y con la misma problemática que en otros conceptos por la falta de una definición unitaria, la BZgA junto con la oficina regional europea de la OMS (2010, p. 26), definió la educación sexual entendida como “el aprendizaje sobre los aspectos cognitivos, emocionales, sociales, relacionales y físicos de la sexualidad”. Bajo este punto de vista se considera que “comienza en la primera infancia y progresa a través de la adolescencia y adultez. Aspira a proteger y apoyar un desarrollo seguro de la sexualidad en la

infancia y juventud”. La educación sexual, pues, da competencias y prepara a los niños, niñas, y adolescentes a través de informaciones, habilidades y valores positivos para comprender y disfrutar cada uno de su propia sexualidad, de relaciones de forma segura y satisfactorias, responsable de su propia salud sexual y bienestar, y de la de los demás. En la última década se ha trabajado mucho por ofrecer una adecuada educación sexual a nuestros jóvenes, desde diferentes ópticas. Según la definición del Equipo Multidisciplinario del Instituto Nacional de Educación Sexual, la educación sexual se define como

...la parte de la educación general que incorpora los conocimientos bio-psico-sociales de la sexualidad (donde se recoge por primera vez su carácter tridimensional específicamente), como parte de la formación integral del educando. Siendo su objetivo básico lograr la identificación e integración sexual del individuo y capacitarlo para que se cree sus propios valores y actitudes que le permitan realizarse y vivir su sexualidad de una manera sana y positiva, consciente y responsable dentro de su cultura, su época y su sociedad. (Equipo Multidisciplinario del Instituto Nacional de Educación Sexual, en Ferrer, 1988, p. 37)

Es debido a todos los procesos de cambios que ha sufrido nuestra sociedad por lo que todos los conceptos siguen en permanente redefinición y acomodación. Al observar el movimiento *queer*, queremos destacar la conceptualización que hizo Briztman (2005), en la que se hace hincapié en el hecho de que la educación sexual debe estar compuesta no sólo por la información específica, sino que habrá que tener en cuenta los mitos que alumnado y profesorado llevan a la relación pedagógica para, de este modo, poder contrarrestarlos. Por último, vamos a reseñar la definición de educación sexual de López (2005), dado que es la que más se ajusta a la línea teórica de este trabajo. Para dicho autor,

...la educación sexual familiar y escolar responde a preguntas, informa, entrena en habilidades interpersonales, fomenta valores y enseña criterios de salud, para ayudar a los menores a reconocerse como chico o chica, conocer los diferentes aspectos de la sexualidad humana y vivir la propia biografía sexual en libertad, responsabilidad ética y salud, tanto en relación con el presente, como el futuro. (p. 44)

En resumen, para este autor lo importante es que las personas puedan vivir su sexualidad de forma satisfactoria, reconociendo las diferentes biografías sexuales, bajo el marco de la libertad. Y que, por su parte, desde la educación sexual se proponga que cada biografía sexual esté bajo el encuadre del placer y el bienestar, y bajo el encuadre de la responsabilidad y la ética.

Tal y como estamos defendiendo, la *educación sexual* es un concepto en evolución permanente. Así, para nosotros la concepción de educación sexual se encuentra dentro del modelo biográfico y profesional, que explicamos al inicio del trabajo; que es, además, la línea en la que apuntan actualmente la mayor parte de los profesionales. Los principales objetivos de la educación sexual tienen que ser, por lo tanto, la consecución de la igualdad real entre las personas y la valoración positiva de la diversidad sexual. Sus contenidos van encaminados a abordar de manera integral la dimensión sexual humana, basada en el desarrollo del autoconocimiento y la valoración personal, y en el desarrollo personal socioafectivo y sexual. Por último, debe tener una metodología constructivista, que incentive el aprendizaje significativo y comprensivo, y debe ser para los educandos activa, participativa e interactiva para con su propio aprendizaje.

Desde este punto de vista, y teniendo siempre presente el marco que nos proporciona el modelo biográfico y profesional, podemos decir que la educación sexual tiene tres grandes dimensiones (Monclús, 2001, 2005):

- La conceptualización de la educación como transformación de la realidad, es decir, conlleva perfeccionar y optimizar el interior de

cada persona, facilitar una lectura crítica del mundo y la realidad, y la búsqueda del cambio, la superación y la mejora como horizonte. Se buscará en última instancia formar individuos críticos capaces de transformar las estructuras sociales y económicas de la realidad.

- El segundo eje dimensional, es concebir una educación sin límites, durante toda la vida, destacando tres tipos de educación, la formal, la no formal y la informal.
- La última, dar una educación en el marco de la complejidad, como complejo es el ser humano. Se promueve desde ella una inteligencia general que permite revelar el contexto global y multidimensional de la sexualidad, lo que facilita una revisión holística, dinámica y exponencial de dicha realidad (Lameiras & Carrera, 2009). Desde nuestra perspectiva, únicamente bajo la interacción de las tres dimensiones será posible crear sociedades más tolerantes, democráticas y libres para con su sexualidad.

A pesar de no existir unas leyes comunitarias mundiales, globalmente se han propuesto unas pautas generales para que todos los países puedan seguir en este tema las mismas directrices. Las principales consideraciones a tener en cuenta, antes de empezar a crear cualquier programa de educación sexual, son que: *la sexualidad es una parte central de la persona*, toda persona desde que nace es un ser sexuado, y es, por lo tanto, *un derecho fundamental de la persona ser informada*, tal y como se observa en el Artículo 8 de la Declaración de la IPPF,

todas las personas, sin discriminación, tienen derecho a la educación e información en general y a una educación sexual integral, a la información necesaria y al pleno ejercicio de la ciudadanía, así como a la equidad en el ámbito privado, público y político. (2008, p. 11)

La *educación sexual informal* no es suficiente para la salud, y debe ser complementaria a una *educación formal* pues es igual de importante para la formación del individuo. Los y las jóvenes están expuestos a demasiadas fuentes de información, siendo un problema que muchas a las que tienen un fácil acceso son informaciones distorsionadas e incompletas, sobre todo cuando se trata de información técnica. De igual modo, existe una necesidad de acceso imperante a *la salud sexual*, con lo que pretendemos conseguir que las personas busquen como meta su salud sexual, no sólo la inexistencia de enfermedad o riesgo.

Para poder proporcionar una educación sexual holística, ésta debe estar fundamentada en los siguientes principios básicos (BZgA, 2010):

- Será acorde a la edad, al nivel de desarrollo y comprensión, con responsabilidad cultural, social y sensibilidad de género, y deberá corresponderse con la realidad de los jóvenes.
- Se basará en los derechos humanos, más específicamente en los derechos sexuales.
- Se sustentará en el concepto holístico de bienestar, incluida la salud.
- Se apoyará en la igualdad de género, la libre determinación y la aceptación de la diversidad biográfica.
- Comenzará en el mismo momento del nacimiento de la persona.
- Se entenderá como una contribución para obtener una sociedad más justa y comprensiva para el empoderamiento individual y colectivo.
- Tendrá sus cimientos en informaciones científicas.

En el documento sobre los *Estándares Generales para una educación constructivista*, de la Oficina Regional de la OMS para Europa, se recogen las siete características imprescindibles que debe contar una buena educación sexual, teniendo siempre presente que un requisito importante es que los educandos y educandas se sientan seguros y seguras en todo momento, y que



su privacidad y sus límites sean respetados. La primera característica a considerar es que mediante la participación sistemática de los jóvenes se aumenta la calidad de la educación que se les imparte. Como ya hemos visto en otros puntos, ésta debe ser desarrollada de forma interactiva, con un lenguaje accesible y comprensible para los educandos y las educandas. Además de incluir una terminología que mejore sus habilidades de comunicación en sexualidad. Dicha educación también se debe desarrollar como un proceso continuo y de una forma fundamentada en la adquisición de los conocimientos obtenidos a través de sus vivencias. Al no ser un proceso aislado en la vida del individuo, debe estar conectado con el entorno, la experiencia de éste y de cada grupo específico. Es conveniente que se complemente con otros entornos sociales o educativos, pues debe ser una educación interdisciplinar y transversal, que combine la educación formal e informal. Debido a esta característica ha de establecerse una cooperación con los padres y las madres y con la comunidad para conseguir unas relaciones y un medio social sostenible. Finalizando, se basará en la responsabilidad de género para garantizar que se adecúan las necesidades dependiendo de las diferencias de género. Con estas características de cómo debe ser una educación sexual holística, se forma la matriz del programa que la Oficina Regional de la OMS para Europa propone (BZgA, 2010). En general los temas son los mismos para todas las etapas, únicamente que van evolucionando los conceptos dentro de éstos. Los temas que proponen son *“El cuerpo y el desarrollo humano”, “La fertilidad y la reproducción”, “Sexualidad”, “Emociones”, “Relaciones y estilos de vida”, “Sexualidad, salud y bienestar”, “Sexualidad y derechos”, y “Determinantes sociales y culturales de la sexualidad”*. Todos ellos, en la misma línea que proponía Barragán (1994). Éstos representan los bloques temáticos, aunque de forma específica debemos introducir desde el principio los conceptos básicos de cada bloque para después en los sucesivos años desarrollar dichos conceptos y consolidarlos. A la vez debemos introducir otros conceptos nuevos, así sucesivamente, con lo que tendremos cubiertas todas las áreas, y estarán adaptadas a las capacidades del educando y la educanda dependiendo de su etapa de desarrollo.

Como resumen de lo anteriormente expuesto se puede concretar en las funciones que cumple la educación sexual. Basándonos en López (2005), la educación sexual:

- Ha de responder a la curiosidad infantil y juvenil.
- Tiene que ofrecer conocimientos específicos sobre los diferentes aspectos de la sexualidad humana.
- Debe servir de entrenamiento en habilidades personales, además de conseguirse éstas por otras vías.
- Debe buscar el fomento de actitudes tolerantes, con todas las biografías, y erotofílicas.
- Ha de proponer una ética básica de las relaciones amorosas.
- Debe enseñar criterios de salud sobre las distintas manifestaciones sexuales, criterios que debe servir a la persona para crearse y organizarse su propia biografía sexual.

En consecuencia, toda la información teórica se materializa en *programas educativos* que están siendo implantados en la mayoría de los países, tanto desarrollados, como en vía de desarrollo, tal y como muestra el Informe de la UNESCO (2010). A grandes rasgos existen tres tipos de programas:

- *Los programas que promueven exclusivamente la abstinencia antes del matrimonio*, conocidos como “solo abstinencia” o “como decir no” (Tipo 1).
- Los programas que priorizan la abstinencia como primera opción, aunque también contemplan prestar atención a los métodos anticonceptivos y las prácticas de sexo seguro, son llamados a menudo “*educación sexual íntegra*” (Tipo 2).
- Por último, nos encontramos con un tipo de programas que incluyen elementos de los dos tipos anteriores, aunque propone una perspectiva más amplia de crecimiento personal, sexual y de

desarrollo; se denominan mayoritariamente como “*educación sexual holística*” (Tipo 3).

Según el Informe de la UNESCO (2010), en Europa Occidental predominan los programas de tipo 3. Como ya hemos ido observando, el tipo de programa está muy relacionado con los modelos de educación y con la finalidad que la sociedad le da a la educación sexual.

Una vez más, nos remitimos a la educación sexual holística para aclarar los resultados que deseamos obtener a la hora de implantar este tipo de educación. Los cuales, podemos resumir de la siguiente forma:

- Hacer una aportación a un clima social tolerante, abierto y respetuoso con la sexualidad, los valores y estilos de vida, y las actitudes.
- Que los educandos respeten las distintas biografías sexuales y las diferencias de género.
- Hacer personas competentes y capaces de tomar elecciones desde el conocimiento, y que actúen de manera responsable hacia sí mismos y hacia sus parejas.
- Los educandos deberán ser conscientes y conocer el cuerpo humano, el desarrollo que sufre y su funcionamiento.
- Conseguir que se puedan desarrollar como seres sexuados, expresando los sentimientos y necesidades propias para vivir de manera placentera su sexualidad, así como fomentar los roles de género e identidad sexual.
- Que adquieran una información adecuada sobre los aspectos físicos, cognitivos, sociales, emocionales y culturales de la sexualidad en todo sus aspectos.
- Se perseguirá la obtención de las habilidades necesarias para lidiar con todos los aspectos de la sexualidad y las relaciones.
- Tener información de los servicios sanitarios y acceso a los mismos.

- Reflejar la diversidad de normas y valores en sexualidad, en relación con los derechos humanos que permitan el desarrollo de una actitud crítica.
- Deberán ser capaces de construir relaciones igualitarias cimentadas en el respeto y el conocimiento mutuo, contribuyendo a la prevención de los abusos y violencia sexual.
- Que sean capaces de hablar sobre la sexualidad, las emociones y las relaciones en un lenguaje adecuado.

Durante este capítulo hemos hecho un recorrido por el concepto de *educación sexual*. Hemos puntualizado sus funciones y principios; hemos desarrollado las bases fundamentales y las dimensiones en las que se cimienta una educación holística; y hemos hablado sobre los tipos de programa que existen y los resultados esperados. En resumen, hemos expuesto el qué debería ser, pero no hemos mencionado aún dónde se debería recibir esta educación. Pues bien, esto debe ser un trabajo compartido entre la escuela y la familia, y no se debe eliminar ninguno de los dos ámbitos. A pesar de eso, en la educación formal la educación la realiza la escuela, y ahora vamos a ver el porqué de este hecho. Hoy día la educación sexual en los colegios e institutos es una obligación que está reflejada en las leyes estatales y autonómicas, por lo tanto, es uno de los contenidos transversales e incluso, forma parte de alguno de los contenidos concretos que se encuentran en el currículo obligatorio de algunas materias escolares.

Existen numerosos documentos científicos y legales que recogen que la educación debe ser integral, lo que conlleva que no nos podemos olvidar de la educación sexual, puesto que la sexualidad es una dimensión muy importante del ser humano. Pero vamos más lejos, ya que se trata de un derecho que tienen todas las personas y, en este caso, también los menores. Y este derecho debe ser atendido, tal y como hemos especificado por la familia y por la escuela. No se puede imponer a las familias de los educandos y las educandas el tipo de educación que les deben impartir. Por ende, debemos

asegurar desde la escuela este derecho. Desde la que se debe impartir una educación general, y más concretamente sexual, que sea sistemática, ordenada por ciclos, programada, que no olvide ningún contenido esencial, y con informaciones profesionales fundamentadas. Es por esto por lo que podemos decir que sólo la escuela puede crear las situaciones y ofrecer las instrucciones y entrenamientos adecuados de la educación sexual. Mas no por ello, se ha de excluir la formación no formal sino por el contrario se han de crear puentes de unión entre ambas.

Educación holística, tal y como hemos mencionado ésta es nuestra meta a conseguir respecto a la educación sexual. Sin embargo, la realidad en nuestro mundo está muy lejos aún de alcanzar dicha meta. La experiencia tanto en España como en otros muchos países nos muestra que la educación sexual transversal u holística es más teórica que real. A pesar de las normativas y documentos, los centros educativos tocan sólo algunos temas, de forma esporádica, en su mayoría de forma biologicista, y con una visión poco integradora de las diferencias, todo lo contrario a lo que venimos proclamando. Este biologicismo se pone en evidencia en nuestro país en el marco legislativo de la educación sexual, debido a la inserción de los contenidos en su mayor parte en las áreas de Biología y Ciencias de la Naturaleza. Siendo prácticamente nulo las aportaciones de la Psicología, la Pedagogía, la Antropología, la Sociología y la Historia (Barragán, 1997). Hay que tener en cuenta también el hecho de que algunos contenidos incluidos en los programas de educación sexual ponen de relieve una ideología fundamentalista y moralista con un fuerte matiz sanitizado. Volviendo al biologicismo impregnado con el que se le enseña a los menores la sexualidad, tenemos que tener en cuenta que al equiparar la sexualidad humana con otras funciones biológicas humanas, se puede mecanizarla hasta el punto de quitarle la esencia de dimensión humana. Sin obviar tampoco que la demanda social de programas, con un carácter en su mayoría preventivo, han sido conducidos únicamente a la prevención tanto de embarazos, como de infecciones de transmisión sexual y SIDA. Y sólo superficialmente se han encaminado a conocer la fisiología de la sexualidad.

Resumiendo, esto constituye hoy en día el panorama de educación sexual en nuestro país y en la mayoría de los países occidentales, y sobre todo en los países de medios y bajos ingresos. Aunque sí es cierto que cada vez se introducen, aún de forma esporádica, programas con una visión más holística e integral (Fonner, Armstrong, Kennedy, O'Reilly, & Sweat, 2014; Robin et al., 2004). Incluso en estas aportaciones esporádicas rara vez se muestra el componente sexual del ser humano como algo bello y natural, ni se enseña cómo disfrutar de él y cómo mejorar las diferentes prácticas (Carrera et al., 2013). Otro de los errores que podemos vislumbrar proviene de la forma en la que se evalúa la efectividad de los programas que se desarrollan en las escuelas. Esta medida se da en función de la tasa de embarazos en adolescentes, de abortos, ITS y edad de iniciación en las prácticas sexuales de los jóvenes, a pesar de que esté demostrado que la educación sexual no incrementa ni adelanta la actividad sexual (MacKay, 2004). Entendemos que esto es un desacierto, pues se afronta esta problemática desde la parte preventiva, mientras lo que se debería hacer es basar la efectividad en el hecho de si los jóvenes están educados para llevar una vida sexual saludable y satisfactoria.

Basándonos en estas informaciones, queremos hacer ver la necesidad de programas de educación sexual dirigidos específicamente a los menores y adolescentes y, en general, a toda la población haciendo hincapié en los colectivos más necesitados. Debemos ser conscientes de la importancia de los programas de educación sexual, y que deben estar asentados sobre una sólida perspectiva coeducativa llevada a cabo por toda la sociedad.

## 6.1. Evolución histórica de la educación sexual.

La *educación sexual* reglamentada como educación formal y sujeta a un plan de estudios tiene una historia de más de medio siglo. La evolución que ha ido sufriendo constantemente esta educación la tenemos que entender históricamente bajo el cambio que iba experimentando la sexualidad y la sociedad. La introducción de la educación sexual en las escuelas coincidió con la creación y la amplia disponibilidad de métodos anticonceptivos modernos y fiables, y la legalización del aborto en la mayoría de los países durante las décadas de los setenta y ochenta del siglo XX. Debido a los cambios sociales que se vivieron en Occidente, se facilitaron las cosas para que se produjese una “*revolución sexual*”, que favoreció de forma indirecta la emancipación de las mujeres (Amezúa, 2004). Al mismo tiempo, se reconoció y se le imprimió carácter al estado de la vida entre la infancia y la adultez, la “*adolescencia*”. Con la aparición de la epidemia del VIH/SIDA en la década de 1980, se radicalizan los esfuerzos hacia una educación preventiva de riesgos y sanitizada. Estos esfuerzos preventivos hacen que se entre en estos países en una educación basada en el miedo por el contagio y la evitación, a su vez, de los abusos sexuales y violencia. Se tiene, por ello, en esos momentos una clara visión negativa de la sexualidad. Es hacia el final de siglo, influenciados por la globalización y la generalización de las sociedades de masas en el mundo occidental, cuando se “sexualizan” extremadamente los medios de comunicación y la publicidad. Esto contribuye a un aumento de la percepción de las necesidades sobre la sexualidad de los adolescentes. La sociedad había evolucionado, y por tanto, se hace patente la necesidad de crear nuevos tipos de servicios de salud, los cuales diesen respuesta a las necesidades de información y educación sexual de la población, en general, y de los menores en particular.

En Europa, se inició la educación sexual reglada oficialmente en Suecia en 1955, cuando convirtió el tema en materia obligatoria para todas las escuelas. Entre 1970-1980 muchos otros países de Europa Occidental incluyeron la educación sexual. Los primeros en hacerlo fueron los países escandinavos, seguidos de otros, como los Países Bajos o Suiza, que la

adoptaron aunque no de manera obligatoria. A lo largo de la última década del siglo XX y de la primera del siglo XXI la introducción de la educación sexual en la escuela continuó, y se fueron sumando a la lista otros países, como Francia, Reino Unido y otros países de Europa Occidental, que incluían la educación sexual en sus currículos académicos. Los últimos en incluirla fueron los países del sur de Europa, entre los que destacan Portugal y España. Por otro lado, en Europa Central y Oriental, el desarrollo de la educación sexual se inició después de la caída del comunismo. Antes de eso, había habido sólo algunas iniciativas en algunos países, que en su mayoría eran "iniciativas para el matrimonio y la familia". Como consecuencia, estos países comenzaron con la educación sexual 20 o 30 años más tarde que en Europa Occidental. Asimismo, sólo en algunos de ellos, sobre todo la República Checa y Estonia, se han desarrollado modelos modernos de educación sexual, puesto que en otros países de Europa Central y Oriental, el desarrollo de políticas de educación sexual están más retrasadas debido al surgimiento de fundamentalismos (político, cultural y religioso) en diferentes esferas públicas. (BZgA, 2010). A pesar del largo recorrido que tiene la educación sexual en nuestro continente, es destacable la ínfima influencia mutua que existe para el desarrollo de políticas sobre este tema entre los diferentes países. Hasta hace bien poco, tanto las investigaciones sobre las necesidades educativas como los programas o estudios en esta materia, han sido llevados a cabo solamente con fines nacionales, y han sido publicados igualmente en el bajo escalón de investigaciones propias de cada nación; sin con ello aspirar a formar parte del cuerpo internacional de investigaciones que proporciona solidez a la educación sexual con base científica.

Es en las últimas dos décadas en las que se han empezado a crear estrategias comunes para proporcionar a nuestros menores una formación adecuada y de calidad. De tal forma que esté cimentada en el conocimiento de la experiencia y la investigación de todos los países miembros. Porque gracias al marco europeo nuestra dirección colectiva es conseguir una comunidad europea equitativa. En 2001, se publicó la *Estrategia Regional Europea sobre Salud Sexual y Reproductiva* de la OMS. En ella se insta a los estados



miembros a informar y educar a los adolescentes sobre todos los aspectos de la sexualidad y la reproducción. De tal modo que se les dé apoyo en el desarrollo de las habilidades necesarias para hacer frente a los procesos intrínsecos de la sexualidad de manera satisfactoria, responsable y con una visión positiva. También, se recoge en esta estrategia la necesidad de marcos legislativos y reglamentarios para revisar las leyes y las políticas en lo referente, con el objetivo de que se pueda llegar a dar una educación sexual integral (WHO Regional Office for Europe, 2001). En noviembre de 2006, BZgA y la Oficina Regional para Europa de la OMS realizan una Conferencia sobre “Juventud y Educación Sexual en una Europa Multicultural”. Se presentó como un foro en el que expertos presentaron y discutieron estrategias e iniciativas nacionales exitosas en materia de educación sexual (BZgA/WHO Regional Office for Europe, 2010). Se puede decir, con ello, que éste fue el inicio de grandes progresos generales. A su vez, en dicha conferencia se presentaron los primeros resultados del “Proyecto SAFE” (IPPF, 2006). Este proyecto, es una iniciativa de la Red de la IPPF Europea en estrecha colaboración con un gran número de sus asociaciones miembros, con el principal objetivo de mejorar y promover la salud y los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes en Europa. La primera fase (2006-2009) se llevó a cabo con la colaboración de la Universidad de Lund, en Suecia, y con la Oficina Regional para Europa de la OMS. Este innovador proyecto dio lugar a tres importantes informes: *“El sexo y los jóvenes – Un informe de investigación de los conocimientos sexuales para la sociedad europea”*, *“Educación sexual en Europa – Una guía de referencia para las políticas y prácticas”*, y *“Guía para el desarrollo de Políticas sobre la salud sexual y reproductiva y derechos de los jóvenes en Europa”*.

A nivel mundial en los últimos años se ha promovido la creación de herramientas facilitadoras de una educación sexual holística e integral. En este sentido, la UNESCO en 2009 publica la *“Guía técnica sobre educación para la Sexualidad”*. En el mismo año, el Consejo de Población publicó el manual sobre educación sexual *“Un solo currículo: Pautas y actividades para un enfoque integrado hacia la educación en sexualidad, Género, VIH y derechos*

*humanos*” (Haberland & Rogow, 2009). En estas publicaciones se instauran los pilares básicos de los avances que están por venir en torno a una educación sexual para todos y todas, que además de positiva, deberá ser una educación que forme a una población joven con herramientas para vivir su sexualidad dentro de su identidad personal como cada uno o una escoja y desee.

## **6.2. Evolución de la Educación sexual en el marco de la legislación educativa en España.**

Antes de pasar a explicar los cambios que ha ido experimentando la educación sexual bajo el marco de la legislación educativa española, vamos a aclarar a grandes rasgos qué es lo que ha pasado hasta ahora. Desde el principio de una educación pública reglada el tema de la educación sexual fue un tema tabú. Con los procesos de apertura de la sociedad pasó a poderse hablar de él, pero seguía siendo un tema ausente en la realidad de las programaciones escolares. Ya en la década de los ochenta-noventa del siglo XX se incorpora la educación sexual al currículum escolar, aunque viéndose reducida la sexualidad a la reproducción y tratada sólo en clases de ciencia o en conferencias dadas por médicos o sexólogos (Urruzola, 2007). Debido a los cambios sociales que sufría España, se incorporó la información de los anticonceptivos como medida de prevención ante los riesgos que conllevaba la sexualidad. Únicamente en los últimos años, se ha avanzado en esta materia por parte de los responsables de dicha educación para proporcionar una educación sobre las relaciones afectivas y sexuales, basada en el concepto de que la sexualidad es un aspecto fundamental del desarrollo global humano.

Tal y como decimos la educación sexual en nuestro país se caracteriza por la existencia de leyes que permiten el desarrollo de dicha formación en la escuela, pero no la garantizan. Éstas se centran mayormente en el carácter biologicista, y responden a una educación de prevención de riesgos, y no a una educación integral tal y como debería. Al hacer un repaso por las leyes de

educación de España, se va a poder observar dicha evolución que hemos mencionado.

### **Ley General de educación.**

Coincidiendo con López (1990), podemos decir que ya en los últimos años del franquismo se empieza a ver un interés por la sexualidad y, por ende por la educación sexual en España. La Ley General de Educación de 1970, inicia un debate sobre la introducción de forma obligatoria de la educación sexual en la escuela, que al final no llegó a producirse. Esto se tradujo en la implantación opcional de dos modelos de educación sexual, desde la década de los 70: el *modelo moral*, llevado a cabo por muchos colegios religiosos, y el *modelo para la revolución sexual y social*, de corte freudomarxista impartido en asociaciones de vecinos, centros de planificación familiar y grupos feministas, o en escuelas progresistas bajo el amparo de profesionales muy implicados en el cambio sociopolítico de la época.

### **Orden del 17 de enero de 1981 y Ley Orgánica del Derecho a la Educación.**

En la década de los ochenta del siglo XX se favorece la libertad de enseñanza y de cátedra con la promulgación de la Constitución Española (1978), la Orden del 17 de enero de 1981 del Ministerio de Educación (1981) y la Ley Orgánica del Derecho a la Educación (LODE, 1985). La Constitución Española (1978) introduce el marco legal que ampara muchas de las libertades y derechos que hacen posible una educación más libre. En su Título I recoge la libertad ideológica y religiosa (Art. 16), la libertad de cátedra (Art. 20.1), los derechos humanos, los derechos internacionales de los niños y niñas (Arts. 10.2, 39, respectivamente), el derecho a la protección de la salud (Art. 43.1) y el derecho a la educación (Art. 27), donde se recoge ésta como el pleno

desarrollo de la personalidad humana en el respeto de las libertades fundamentales (Art. 27.2), y resaltando la libertad de enseñanza.

En la LODE (1985) se desarrolla de forma general el Artículo 27 de la Constitución Española, en la que se insiste de nuevo en los derechos y libertades respecto a la educación reglada. En el Artículo 2 del Título Preliminar se incluye de forma clara la necesidad de una formación integral del alumnado, tanto en aspectos intelectuales como morales. En el Artículo 6, se recoge el derecho de los alumnos a recibir una formación que asegure el pleno desarrollo de su personalidad, y el derecho a que se respete su integridad y dignidad personal.

Antes de que se promulgara la LODE, con la Orden del 17 de enero de 1981 en vigor, el Ministerio de Educación desarrolla los bloques temáticos para las diferentes etapas educativas. Respecto a la educación sexual se introduce en las etapas de Preescolar y ciclo Inicial, dentro del área de *«comportamiento afectivo-social»* se incluyó el bloque de *«preparación para la educación sexual»*. Este bloque tenía en Preescolar, objetivos tales como “*conocer y asumir el propio yo sexual*”, “*conocer las diferencias anatómicas de ambos sexos*” y “*captar la integración de la sexualidad en el amor y la comunicación*”. En el Ciclo Inicial, los objetivos eran tales como “*conocer y aceptar el propio yo sexual*”, y “*jugar y comunicarse con los niños y niñas*”. En los Ciclos Medio y Superior se incluye en la materia de Ciencias Naturales los contenidos de *«el hombre se reproduce»* y *«la reproducción»*. Así, queda reducida en estos últimos ciclos la educación sexual al modelo biologicista, que equipara sexualidad con reproducción. De tal forma que se permite, pero no se asegura una correcta educación sexual en la escuela.

## **Ley Orgánica General del Sistema Educativo.**

La Ley Orgánica General del Sistema Educativo (LOGSE, 1990), suplanta a las leyes anteriores. Fue fruto de la “Reforma educativa”, que tuvo que realizar el sistema educativo español para adaptarse al europeo. La LOGSE presentaba un atractivo panorama educativo y la promesa de grandes avances, entre los que destacaban la configuración de un currículo abierto, además de la introducción de las temáticas transversales. En el «Diseño Curricular Base», se recogía entre sus intenciones educativas la educación social y moral de los alumnos, una educación no discriminatoria orientada a la igualdad de las personas, y la apertura al entorno de la escuela (MEC, Ministerio de Educación y Ciencia, 1989). Según Barragán (1994), quien ha realizado un análisis del modelo implícito de educación sexual en los Diseños Curriculares, podemos observar que se centró la propuesta de la reforma en este tema mayoritariamente en los contenidos y nada o casi nada en las actitudes y los procedimientos. Así mismo, los contenidos no se adecuaban tampoco a la perfección, puesto que se recogían dentro de los siguientes bloques: en Educación Infantil: «*Identidad y autonomía personal*» y «*Conocimiento del medio físico y social*»; en Educación Primaria: «*Conocimiento del medio*»; y en Educación Secundaria Obligatoria (ESO): «*Ciencias de la naturaleza*». Estos contenidos tienen un «falso naturalismo» que identifica sexualidad con reproducción (Lameiras & Carrera, 2009).

A la vez que se daba este modelo biologicista y reduccionista de la sexualidad, se impartía un modelo prevencionista en el que impera los riesgos y peligros de la sexualidad. Se omite con ello la parte positiva de la sexualidad a cambio del estudio de las ITS, la higiene sexual y la prevención. Bien es cierto, que con esta Ley se producen avances en los contenidos como pueden ser «*los problemas de esterilidad y las nuevas tecnologías reproductivas*» y «*las pautas de conducta sexual: homosexualidad, heterosexualidad y masturbación*» en la ESO. De este modo, siguiendo a Amezúa (1999) vemos que la importancia de dicho modelo de educación sexual finaliza en lo que no dice, no en lo que dice.

Una vez pasado el tiempo, se observa que la LOGSE conforme a su filosofía de currículo abierto y transversal no ha sido todo lo que se esperaba. En lo que respecta a los contenidos transversales de educación sexual no se han llevado a cabo, recomendando sólo su puesta en escena como elemento de educación para la salud, y llevándose a cabo únicamente en el área de ciencias con un carácter claramente impreso de la visión biologicista, tal y como hemos apuntado.

### **Ley Orgánica de Calidad de la Educación.**

La Ley Orgánica de Calidad de la Educación (LOCE, 2002) no supone un avance en la educación sexual reglada conforme a la anterior. Se sigue utilizando en la redacción del texto un lenguaje sexista, junto con el hecho de que no hay concretamente alusiones explícitas a la educación sexual o sexualidad en ningún apartado de la ley, y las alusiones generales son ínfimas. Entre los principios de calidad se encuentra la *equidad*, que garantiza la igualdad de oportunidades para el pleno desarrollo de la personalidad a través de la educación, al igual que la capacidad de transmitir valores que favorezcan la libertad personal, la responsabilidad social, la cohesión y mejora de las sociedad, y la igualdad de derechos entre los sexos para superar la discriminación.

Entre los objetivos en Educación Infantil podemos destacar “el desarrollo físico, intelectual, afectivo y moral”, y en las capacidades de dicha etapa «*Conocer su propio cuerpo y sus posibilidades y explorar su entorno familiar, social y moral*» (Art. 12.2). Únicamente se hacen referencias mínimas en la etapa de la ESO, de tal forma que en la de Educación Primaria no aparecen ni explícitas ni implícitas. Con este panorama legal podemos observar que la educación sexual con esta ley se podía abordar únicamente en el área de Ciencias de la Naturaleza, o en la opción confesional ofertada. Basado en esto se observa que el marco legal empeoró de la LOGSE a la LOCE.

## **Ley Orgánica de Educación.**

La ley Orgánica de Educación (LOE, 2006) deroga a las leyes anteriores y recoge en el Preámbulo los principios inspiradores de equidad, valores sociales e igualdad de derechos. Recoge la equidad de tal modo que garantice la igualdad de oportunidades, la inclusión educativa y la no discriminación, y actúe como compensadora de las desigualdades personales, culturales, económicas y sociales. La transmisión y puesta en práctica de valores que favorezcan la libertad personal, la responsabilidad, la ciudadanía democrática, la solidaridad, la tolerancia, la igualdad, el respeto y la justicia, para que ayuden a superar cualquier tipo de discriminación. E inciden en el desarrollo de la igualdad de derechos y oportunidades y en el fomento de la igualdad entre hombres y mujeres. En los fines que busca la LOE se resalta el pleno desarrollo de la personalidad y de las capacidades afectivas del alumnado; la formación en el respeto de los derechos y libertades fundamentales y de la igualdad real entre hombres y mujeres a nivel de derechos y oportunidades; la formación en el ejercicio de la tolerancia y de la libertad dentro de los principios democráticos de convivencia; y la formación para la paz, el respeto a los derechos humanos, la vida en común, la cohesión social, la cooperación y la solidaridad entre los pueblos.

Los objetivos principales relacionados con la educación sexual se enuncian por niveles educativos, siendo en Educación Infantil los siguientes: “conocer su propio cuerpo y el de las demás personas, así como sus posibilidades de acción”, y “desarrollar sus capacidades afectivas, relacionándose con las demás personas y adquiriendo progresivamente pautas elementales de convivencia y relación social” (Art. 13). En la siguiente etapa, Educación Primaria, los objetivos referenciados en el Art. 17 son: “conocer y apreciar los valores y las normas de convivencia, aprender a obrar de acuerdo con ellas y, prepararse para el ejercicio activo de la ciudadanía y respetar los derechos humanos y la pluralidad de la sociedad”; “comprender y respetar las diferentes culturas y las diferencias entre las personas, y la igualdad de derechos y oportunidades entre hombres y mujeres”; “valorar la salud, aceptando el propio cuerpo y el de los demás, respetando las diferencias”; y



“desarrollar las capacidades afectivas en todos los ámbitos de la personalidad y en las relaciones con los otros, teniendo una actitud contraria a la violencia, a los prejuicios y a los estereotipos sexistas”. Como podemos observar los contenidos no recogen gran información sobre la educación sexual, por lo que no se les da una visión integral del yo a los niños y niñas. En la ESO los objetivos relativos a la educación sexual se manifiestan de la siguiente forma: “valorar y respetar la diferencia de sexos y la igualdad de derechos y oportunidades entre ellos, y rechazar los estereotipos que conlleven una discriminación”; “fortalecer sus capacidades afectivas con respecto a su personalidad y a las relaciones con los otros, así como rechazar la violencia y los prejuicios, los comportamientos sexista y fomentar la capacidad de resolver los problemas de forma pacífica”; y “conocer y aceptar el propio cuerpo y el de los demás, respetando las diferencias, afianzando los hábitos de cuidado y salud corporales para favorecer el desarrollo personal y social”. Asimismo recoge textualmente “*Conocer y valorar la dimensión humana de la sexualidad en toda su diversidad*” (LOE, 2006). Con este enunciado se hace mención por vez primera a la sexualidad como parte inherente de nuestra persona en un documento legislativo educativo.

A pesar de ello, las líneas generales de orientación que proponen los *Diseños Curriculares* no son muy coherentes con los principios y fines recogidos en la Ley. De igual forma los contenidos no corresponden a las intenciones marcadas por los objetivos. Hemos de saber que los principales contenidos que marcan el currículum enfatizan la visión biologicista, resaltando la función de reproducción, los aparatos reproductores, el ciclo menstrual, el embarazo/parto, y las nuevas técnicas de reproducción asistida. Se refuerza esta visión mediante la proposición de contenidos de trabajo como los anticonceptivos, las infecciones de transmisión sexual (ITS), y la importancia de informarse sobre cuestiones de sexualidad y/o solicitar la ayuda de los profesionales sanitarios y de los centros especializados. Volvemos a observar cómo toda la intención no pasa del papel, y se vuelve a dar un marco positivo para la educación sexual pero no se garantiza ni que se dé ni que sea de



calidad esta educación, dejando la educación integral de la sexualidad propia desbancada en los niveles más alto de la educación reglada.

### **Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa.**

Dentro de los principios de la Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE, 2013) se recoge, de nuevo, la *equidad*, de forma que garantice la igualdad de oportunidades para el desarrollo de la personalidad, mediante la educación, la inclusión educativa, y la igualdad de derechos y oportunidades que ayuden a superar la discriminación. De igual modo, aboga por el desarrollo de los valores que fomenten la igualdad efectiva entre hombres y mujeres, y la prevención de la violencia de género. Respecto a los objetivos referentes en las distintas etapas de educación, no han sido modificados con respecto a la LOE, por lo que al haber sido ya explicados anteriormente, no hacemos mención de ellos.

Aparte de las dos últimas leyes de educación, queremos hacer mención, como ya hicimos anteriormente, a la Ley Orgánica de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (2010), en la cual se recoge que los poderes públicos garantizarán la información y la educación afectiva-sexual y reproductiva en todos los contenidos formales del sistema educativo. Estando a día de hoy esta Ley en vigor, podemos observar cómo no solo no se garantiza mediante el sistema educativo la educación sexual holística, sino que el no hacerlo conlleva el incumplimiento de otra orden legal del estado español. Acotando todo lo expuesto anteriormente, desde la legislación educativa de nuestro país, se tiene hoy en día un campo legal permisivo para que se dé dicha educación; sin embargo nunca se ha garantizado, ni tampoco ahora, que esta educación sea integral. De tal modo que no ha habido grandes avances con respecto a este tema en el panorama español, la educación sexual sigue teniendo marcados tintes biologicistas, y a pesar de los esfuerzos de muchos profesionales, se sigue dando el dualismo,

dos géneros-dos sexos, sin permitir con ello que se normalicen y se vivan de forma íntegra las diferentes biografías sexuales.

### **6.3. La educación para la salud como contexto de la educación sexual.**

Igual que todo lo relacionado con la salud y el bienestar del ser humano, la *educación para la salud* es algo que se viene practicando desde hace mucho tiempo. Aun así, esta práctica ha sufrido un cambio evolutivo tanto a nivel ideológico como a nivel metodológico, marcado por el cambio que sufrió el propio concepto de salud. Como ya hemos mencionado con anterioridad, se ha pasado de entender la salud como ausencia de enfermedad a un concepto más global e integral. La salud es llevada por los avances desde el modelo preventivo a un modelo de promoción de estilos de vida sanos. Ahora hablamos, por ello, de *educación para la salud* en vez de *educación sanitaria*, a la que iba ligado una concepción de la salud negativa. Desde esta nueva perspectiva de promoción hemos ido capacitando a la población para que pueda adoptar estilos de vida saludables y consigan su propio bienestar.

Vuelve a ser complejo definir de nuevo algo con tantas connotaciones intrínsecas, ya que tal y como venimos observando en las demás conceptualizaciones realizadas en este estudio no existen paradigmas actualmente. La *educación para la salud* se constituyó formalmente como autónoma y separada del resto en 1921 en el programa de educación para la salud que impartió el instituto de Massachusetts. Aunque la primera vez que esta terminología apareció fue en 1919 en una conferencia sobre ayuda a la salud infantil (Ruiz & Ruiz, 1998). Habrá que esperar hasta 1978 para que la OMS, en la Conferencia Internacional sobre atención primaria de salud, realizada en Alma Ata, establezca las estrategias que en materia de salud desarrollarán todas las naciones (OMS, 1978). El motivo de estas estrategias fue la necesidad imperiosa de cada gobierno, para proteger y promover la salud de todos los pueblos. Con el paso de los años se comprobó que la meta

de alcanzar el objetivo de obtener la “*salud para todos en el año 2000*”, fue demasiado optimista e imposible de conseguir. Es por ello que en la 36ª Asamblea Mundial de la salud celebrada en Alma Ata en 1983, se define por primera vez la educación para la salud como:

cualquier combinación de actividades de información y educación que lleva a una situación en la que la gente desee estar sana, sepa cómo alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantener la salud y busque ayuda cuando lo necesite. (Casero, 2008, p. 49)

Tres años después, la OMS publica la “*Carta de Ottawa para la promoción de la salud*”, donde se define ésta como el proceso mediante el que se pretende proporcionar a las personas los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma (OMS, 1986b). En esta publicación se hace referencia a una visión positiva de la salud, donde se extrae que para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, la persona debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. En nuestro país, el Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud (2004), en su informe describe la educación para la salud como “un proceso educativo que tiene como finalidad responsabilizar a los ciudadanos en la defensa de la salud propia y colectiva” (p. 15). Es entendida desde esta perspectiva como un instrumento para la adaptación social, la asistencia, la prevención y la promoción; y por lo tanto una función a desarrollar importante de los profesionales sanitarios, sociales y de la educación. Esta línea de entendimiento ha sido adoptada por muchos autores como Green (1976) o Perea Quesada (2004), entre otros.

En líneas generales, entendemos que la educación para la salud debe tener como objeto de su atención a todos los ciudadanos y las ciudadanas, ya que es un derecho de la persona promulgado por la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) y recogido en la Constitución Española (1978) en el Artículo 45.2, que señala la obligación de los poderes públicos de velar

por una correcta utilización de los recursos naturales, con el fin de proteger y mejorar la calidad de vida y defender y restaurar el medio ambiente apoyándose en la solidaridad colectiva. Los poderes públicos estarán obligados además a fomentar la educación sanitaria, tal y como se recoge junto con el derecho a la protección de la salud, en el Artículo 43 de nuestra Constitución (1978).

Se lleva buscando desde hace mucho tiempo que la educación para la salud sea una educación formal y reglada. Es por ello que en 1990, en la Conferencia Europea de Educación para la Salud celebrada en Dublín, se recomendó la inclusión de contenidos sobre Promoción de la Salud en el currículo de la enseñanza obligatoria. Basado en el hecho de que se considera que “es el modo más efectivo para promover estilos de vida saludables y el único camino para que la educación para la salud llegue a los niños, independientemente de la clase social y la educación de sus padres” (Nieda, 1992, p. 14). En España, ya en 1986 se empezó a trabajar en la inclusión de la Educación para la Salud en el currículo de la Reforma Educativa, y en 1987 se constituyó una comisión técnica cuyo objetivo era redactar un borrador sobre cómo se deberían incluir los contenidos de salud en los diseños curriculares. Dicha educación fue regulada, como es de esperar, por las leyes de Educación venideras. Es la LOGSE (1990), la que estableció en el Artículo 2 que la actividad educativa se debe encaminar a una formación personalizada que propicie una educación integral en conocimientos, destrezas y valores morales de los alumnos en todos los ámbitos de la vida, personal, familiar, social y profesional. Debemos esperar a la promulgación de la LOCE (2002) para la inclusión de los objetivos de salud como parte de la educación reglada tanto en Infantil, Primaria y Secundaria (Artículos 12, 15, 22). Los objetivos de salud se siguieron recogiendo en la LOE de 2006 (Artículos 13, 17, 23) y la LOMCE de 2013 (Artículos 13, 17, 23), las sucesivas leyes o reformas educativas que han acontecido en nuestro país. Concretamente en la Comunidad Autónoma de Andalucía, la última Ley de Educación de Andalucía, la Ley 17/2007, de 10 de diciembre, aboga por la adquisición de hábitos de vida saludable por parte del alumnado (2007).

La *Educación para la Salud*, como se observa, está incluida en el currículo como consecuencia del reconocimiento por parte de la sociedad y de los gobiernos del derecho a la felicidad de las personas, a la que se llega mediante el bienestar físico y el equilibrio afectivo y emocional, en un medio social saludable. Es importante destacar que la sexualidad es un área muy importante de intervención, la cual se tiene que abarcar desde la educación y la promoción de la salud. Con esta intervención se ha de asegurar la exploración de todas las posibilidades y potencialidades propias de cada persona como ser sexuado. Una sexualidad englobada más concretamente en el concepto integral de salud sexual, entendiéndola ésta como calidad de vida y capacidad de cambio y transformación en busca de la felicidad humana. Es por ello, que consideramos la promoción de la salud el marco estructural de la educación sexual reglada, regulada por los poderes públicos, como hemos mencionado en apartados anteriores.

### **6.3.1. El Programa Forma Joven en la Comunidad Autónoma de Andalucía**

El Sistema Educativo Andalúz contempla el desarrollo de hábitos de vida saludable en la educación integral de las personas. Siguiendo las leyes de educación, estos contenidos son incluidos en el currículo mediante las materias transversales. En el marco del *Plan de atención a los problemas de salud de los jóvenes en Andalucía*, nace en el 2001 el programa *Forma Joven* con el objetivo general de “Reducir la morbilidad y mejorar la respuesta a los problemas de salud de adolescentes y jóvenes” (Consejería de Salud, 2001). Desde la Consejería de Educación y el Instituto Andalúz de la Mujer, se concluyó como una prioridad la educación afectivo-sexual de chicos y chicas, entre otras. Debido a que desde la Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social se estaban desarrollando iniciativas de prevención de drogodependencias y de formación de mediadores y mediadoras, junto con la Dirección General de Drogodependencias y el Instituto Andalúz de la Juventud, y con la estrecha colaboración del Consejo Andalúz de la Juventud. En base al

conocimiento de que los y las jóvenes no acuden a los centros de salud de forma sistemática se decidió acercar los servicios de salud a los espacios frecuentados por ellos y ellas, en forma de “asesorías”, donde pudieran consultar y obtener respuestas. Y es por esta razón, por la que se eligen los institutos públicos de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO). Con los años ha pasado a existir “*Puntos de Forma Joven*” en otros lugares como universidades, escuelas taller o lugares comunitarios, para poder llegar a una diversidad de población mayor. *Forma Joven* pretende capacitar a los y las adolescentes en la elección de las opciones más saludables en cuanto a sus estilos de vida (alimentación, actividad física, sexualidad, etc.) y a su bienestar psicológico y social, así como en la prevención de la accidentabilidad, el tabaquismo y otras adicciones.

En el programa de Forma Joven se ven representadas las siguientes instituciones: la Consejería de Salud, la Consejería de Educación, la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, y la Consejería de Gobernación de la Junta de Andalucía, con la colaboración de la Federación Andaluza de Municipios y Provincias (FAMP), las Asociaciones de Padres y Madres de Andalucía (AMPAs) y el Consejo de la Juventud de Andalucía. A su vez, este programa está formado por el *Equipo Forma Joven*, integrado por profesionales de los sectores de educación, salud y de otros ámbitos (seguridad vial, drogodependencia, servicios sociales, etc.). Este grupo será formado de forma específica para que promuevan en los jóvenes los hábitos saludables de vida. Los *Puntos de Forma Joven*, son aquellos lugares habilitados para que los equipos atiendan las demandas que planteen los y las adolescentes. En estos Puntos los *Equipos* desarrollan los contenidos del programa, que se estructuran en varias áreas, como son: *Estilos de vida saludable*, desde la que se desarrolla la promoción de la alimentación equilibrada y la actividad física, la prevención del consumo de drogas y la prevención de accidentes tanto de tráfico como de ocio; *Sexualidad y relaciones afectivas*, promueve las relaciones sanas, seguras, satisfactorias y en igualdad; *Salud mental*, promueve el desarrollo de competencias para favorecer el ajuste psicosocial y la autoestima; y *Convivencia*, aboga por la convivencia pacífica, la ayuda

mutua y la solidaridad previniendo la violencia entre iguales y de género (Escuela Andaluza de Salud Pública, 2009).

Desde el área de *Sexualidad y relaciones afectivas*, que es el área que compete a este estudio, se propone desde Forma Joven hacer una educación sexual partiendo del concepto holístico de sexualidad, y considerando a ésta como parte integral del ser humano. Es por ello que tiene como propósitos enseñar a los y las adolescentes que: la sexualidad forma parte del desarrollo de la persona e implica disfrute y comunicación; que la sexualidad puede ser placentera y se puede enseñar a disfrutar de ella a los y las adolescentes; que las personas adolescentes y jóvenes deben aprender a disfrutar eliminando los riesgos o con los menores riesgos posibles; que la sexualidad no tiene por qué estar centrada en la genitalidad, sino que se puede disfrutar con todo el cuerpo, y por tanto el coito no es siempre necesario; y que las “relaciones sexuales plenas y satisfactorias” no tienen por qué ser únicamente coitales (Escuela Andaluza de Salud Pública, s. f.). *Forma Joven* busca no hacer una enseñanza basada en el modelo médico, en que se viese únicamente las ITS y la prevención de embarazos. A pesar de que los y las profesionales no reciben una formación muy específica sobre el tema pueden estar siempre conectados también a través de la página web *Plataforma Forma Joven* ([www.formajoven.org](http://www.formajoven.org)). Al igual que pasaba con el marco legislativo la educación sexual holística se permite en el papel pero no se asegura en la realidad.

Desde este programa educacional, financiado por la Junta de Andalucía, reciben la educación sexual los niños y niñas, y los y las adolescentes de dicha comunidad. A pesar de ser un programa instaurado en 2001, pocas veces ha sido evaluado de forma global (Lima, Neves, & Lima, 2012), y de haberla es, normalmente, específica en lo referente a cada área. En el área de la sexualidad, ocurre igual que en el programa en general, no se hace un análisis global y los análisis que se hacen son en los cursos superiores de la ESO y en áreas pequeñas (Sáez & Cambil, 2012). Por ello, no existen muchas evidencias científicas a las que acudir para ver su eficiencia o eficacia en datos estadísticos. En base a este contratiempo hemos tenido que analizar por

separadas las áreas de la sexualidad, sin poderla analizar en su conjunto desde una única perspectiva.



PARTE II

## MARCO EMPÍRICO

## Contenido.

- Capítulo 7. Pertinencia del estudio: justificación y planteamiento.
- Capítulo 8. Hipótesis.
- Capítulo 9. Objetivos
- Capítulo 10. Material y método.
- Capítulo 11. Resultados.
- Capítulo 12. Discusión.
- Capítulo 13. Limitaciones.
- Capítulo 14. Conclusiones.
- Capítulo 15. Prospectiva.

## CAPÍTULO 7

# **PERTINENCIA DEL ESTUDIO: JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO**



El interés de este estudio radica en que nos permitirá conocer de forma holística los conocimientos, necesidades y mitos que poseen los y las adolescentes sobre las áreas intrínsecas de la sexualidad, en una población y en una provincia donde parecen estar muy bien informados.

Los y las adolescentes son considerados como una población de riesgo debido principalmente a su percepción de inmunidad ante los problemas sexuales, ya sean de carácter físico, psíquico o social. Junto a esta percepción de invulnerabilidad, existe otro factor de riesgo importante y es el hecho de tener la conciencia de estar bien informados sobre los temas de sexualidad. Esta percepción está muy alejada de su realidad, como demuestran los estudios más recientes (Calatrava et al., 2012; Espada et al., 2014). Debemos tener presente que la escasez de conocimientos y las actitudes de riesgo, junto con las prácticas de riesgo son factores que ponen en peligro la salud sexual de los y las adolescentes. A pesar de los cambios producidos en la sociedad observamos en los estudios, en los medios de comunicación, y en nuestro propio entorno, como los y las adolescentes acometen cada día conductas de riesgo, tales como pueden ser el uso inconstante del preservativo o el inicio cada vez más precoz de las relaciones sexuales. Estas conductas conllevan riesgos graves para la salud de las personas, como pueden ser los embarazos no deseados, finalizados muchas veces en abortos, o el contagio de ITS. A su vez, se está dando en nuestra sociedad un aumento de conductas sociales preocupantes como son las actitudes sexistas, la violencia de género o la intolerancia a la diversificación de las identidades sexuales. Esta situación, la cual hemos descrito en el inicio de la presente tesis doctoral, nos muestra un panorama para la población adolescente muy alejado de la seguridad en la que tenemos concebida esta etapa. Junto con una nota alarmante de que los datos en los últimos años van a peor y no a mejor, a pesar de vivir en un país de ingresos medio-altos, en una comunidad muy abierta a compartir los problemas y en una provincia, Málaga, dentro de todo bastante tranquila y en auge.

Estos cambios además vienen precedidos por los cambios conceptuales que se han ido produciendo en el área de la salud. Por eso, hoy debemos ver la sexualidad como una parte más que integra a la persona, ya que es parte del

ser humano, “somos sexuados, no estamos sexuados”. Esto es posible gracias al cambio que se produjo en el concepto de salud, desligándola de la concepción de falta de enfermedad, y entendiéndola como un estado de bienestar. Es por ello, por lo que queremos centrar este estudio desde el prisma de la educación afectivo-sexual, teniendo en cuenta ambos aspectos, para cuantificar el nivel de implementación en la provincia de Málaga del modelo biográfico y profesional y de la enseñanza de una sexualidad holística, positiva y saludable.

Por otro lado, la información que reciben actualmente los y las adolescentes de Málaga viene siendo delimitada por varios aspectos. A nivel educacional estamos regidos por una ley orgánica que permite pero no asegura esa materia transversal que es la educación sexual (LOMCE, 2013). A nivel comunitario está integrada dentro de un programa que recoge sobre el papel una sexualidad holística (Escuela Andaluza de Salud Pública, s. f), pero que depende en última instancia de los y las profesionales, en su mayoría sanitarios, que la impartan; los cuáles no son obligados a obtener una formación específica en sexología, y mucho menos en la no transferencia de ideales. Con lo que se está expuesto a impartir incluso, a veces, informaciones que no van acorde con los intereses de los adolescentes o están desfasadas, como puede ocurrir por la celeridad de los cambios en lo concerniente a todas las prácticas relacionadas con las nuevas tecnologías (Pound, Langford, & Campbell, 2016).

Existen diversos estudios sobre la situación de la adolescencia y la juventud en España e incluso en Andalucía, pero no existen apenas estudios que aporten datos sobre cómo se encuentra esta población en la provincia de Málaga. Por ende, no se sabe con certeza la situación respecto a este tema en la que se encuentran los y las adolescentes malagueños/as; los cuales son la población accesible para la intervención de los y las profesionales sanitarios/as y de la educación sexual que ejercen en la provincia de Málaga. La investigación propuesta plantea realizar un estudio sobre un tema de interés actual, el cual es dinámico debido a los cambios sociales y generacionales. Por lo tanto, el estudio de la problemática que se plantea en este proyecto es

relevante para analizar la sexualidad de forma global, porque todos los conceptos están interrelacionados, y la situación de los y las adolescentes de la provincia de Málaga respecto a este tema. Con el fin de poder empezar a construir y educar a partir de las deficiencias presentadas y, para poder erradicar y eliminar aquellos factores predisponentes, precipitantes o mantenedores que siguen perpetuando conductas de riesgo y conductas sexistas o de violencia de género.

Este trabajo trata asimismo de aportar a la investigación previa existente sobre el tema algunos aspectos que no se han considerado o que se han considerado de forma incompleta. Las principales aportaciones que se consideran en este estudio son:

- Los mitos sobre la sexualidad. Aunque hay muchos estudios que han estudiado mitos relacionados con la sexualidad, *mitos románticos* (Bosch et al., 2007; Valledor, 2012), *conocimientos erróneos sobre el SIDA y otras ITS* (Espada et al., 2014), o *mitos generacionales* (Cordón-Colchón, 2008; Fajardo et al., 2014); no existía un instrumento que midiese los mitos en la sexualidad de forma global y abarcando varios factores. De ahí la importancia de abordar este tema y de relacionarlo con otras variables del estudio (los conocimientos sobre ITS, el sexismo ambivalente, las actitudes hacia la sexualidad, el género, etc.).
- La actitud ante la sexualidad. Se tienen instrumentos muy fiables y válidos para medir el constructo erotofilia-erotofobia en español (del Río et al., 2013), pero se cuentan con pocos estudios en los que la muestra sea en población adolescente. Por ello, la importancia de analizar cuanto de positiva es la actitud general de los y las adolescentes hacia la sexualidad, y cómo se relaciona con otras variables (los conocimientos sobre ITS, las conductas de riesgo, etc.).

- El sexismo ambivalente y la doble moral sexual. Se dan muchos estudios en poblaciones más mayores sobre la doble moral o el sexismo, no así en población tan joven, dando por supuesto que los y las adolescentes, debido a su edad y la supuesta apertura social, están exentos de estos prejuicios. Basado en esto, es importante ver qué piensa esta población y cómo se relacionan estos ideales con otras variables estudiadas, ya que una vez instaurados los prejuicios en el pensamiento formal es difícil de erradicarlos.

Desde un enfoque que persigue la visión holística de la sexualidad, se pretende realizar un estudio que nos permita conocer las deficiencias en los conocimientos, los mitos y las actitudes, y conductas de riesgo en torno a la sexualidad. Así como, los factores que influyen en que a pesar de ser considerada la generación más informada y con mayor acceso a la información, sigue siendo una población llena de riesgos y con cifras cada vez peores. A su vez, se pretende conocer las características de la población de acción en la provincia de Málaga, para poder saber dónde o cómo se debe realizar una educación afectivo-sexual que aún es posible (Carrera et al., 2013).



## CAPÍTULO 8

# HIPÓTESIS



El diseño del estudio no permite someter hipótesis a contraste, toda vez que la causalidad y asociación en diseños transversales impide establecer el sentido adecuado de las relaciones. No obstante, sí permite sugerir hipótesis que pueden ser analizadas con diseños longitudinales en el siguiente sentido: la población adolescente de la provincia de Málaga tiene necesidades de formación en sexualidad; las cuales se ven favorecidas y mantenidas al tener factores de riesgo y llevar a cabo conductas sexuales de riesgo; por lo que un mejor nivel de conocimientos y un menor nivel de mitos y falsas creencias actuarán como factores favorecedores de una sexualidad saludable y positiva.

Se sugiere también la hipótesis de que los y las adolescentes peor formados o con más ideas erróneas presentan con mayor frecuencia estilos de vida no saludables respecto a la sexualidad personal.



## CAPÍTULO 9

### OBJETIVOS

## Contenido.

1. Objetivo general.
2. Objetivos específicos.

### **9.1. Objetivo general.**

Este trabajo presenta como objetivo general explorar si la formación en sexualidad –conceptos, actitudes, conductas de riesgo, infecciones de transmisión sexual, violencia de género– que poseen los y las adolescentes de Málaga es adecuada, holística, positiva y saludable.

### **9.2. Objetivos específicos.**

Para la consecución del objetivo general se exponen los siguientes objetivos específicos:

1. Describir las características sociodemográficas y los factores de riesgo en las conductas del área de la sexualidad de los y las adolescentes de la provincia de Málaga.
2. Evaluar el nivel de conocimientos sobre ITS y SIDA en los y las estudiantes de los institutos de la provincia de Málaga.
3. Identificar los mitos que entorpecen y tergiversan la educación sexual recibida por esta población.
4. Conocer las actitudes hacia la sexualidad, actitudes sexistas y actitudes de doble moral y establecer una relación existente con las variables del estudio, edad, género y curso académico.
5. Describir las fuentes de donde obtienen los y las adolescentes la mayor parte de la información sexual.
6. Valorar la adecuación del programa de educación sexual que reciben los y las escolares malagueños/as en materia de educación sexual.





## CAPÍTULO 10

# MATERIAL Y MÉTODO

## Contenido.

1. Diseño del estudio.
2. Población y muestra.
3. Reclutamiento.
4. Criterios de inclusión y exclusión.
5. Descripción de las variables.
6. Descripción de los instrumentos.
7. Procedimiento y secuenciación de la actuación.
8. Análisis de datos.
9. Aspectos éticos.

### 10.1. Diseño del estudio.

Según la clasificación metodológica propuesta por Montero y León (2007), la presente investigación se enmarca dentro de la categoría de estudio ex post facto. Además, se puede señalar que es un estudio descriptivo, transversal y analítico.

### 10.2. Población y muestra.

El universo muestral estaba compuesto, en el curso en el que se realizó el estudio (2014-2015), por un total de 68.364 estudiantes de la ESO en la provincia de Málaga, de los cuales 35.248 (51'56%) eran hombres y 33.116 (48'44%) eran mujeres. La distribución por sexo y tipo de colegio puede verse en la tabla 1.

**Tabla 1. Distribución de los estudiantes de la ESO en la provincia de Málaga por género y por tipo de centro.**

Curso 2014-2015 Málaga	E.S.O.		
	Alumnos	Alumnas	Total
Público	26.414	24.445	50.859
Concertado	7.758	7.610	15.368
No Concertado	1.076	1.061	2.137
<b>Total</b>	<b>35.248</b>	<b>33.116</b>	<b>68.364</b>

La muestra necesaria se calculó teniendo en cuenta un nivel de confianza del 99%,  $p=q=0.5$  y una precisión del 5%. Con estos parámetros el tamaño muestral necesario era de 659 sujetos. Se estipuló una tasa de reposición del 30%, con lo que la muestra necesaria total ascendía a 857 sujetos.

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

Siendo:

p= la proporción de individuos que poseen en la población la característica de estudio.

q= la proporción complementaria.

d= precisión absoluta del intervalo de confianza.

Z= nivel de confianza.

N= tamaño de la población.

De los 879 adolescentes se utilizó una muestra piloto, compuesta por 216 estudiantes procedente del IES Fernando de los Ríos, para la validación del Instrumento “Escala de Mitos sobre la Sexualidad (EMS)”. Esta muestra también contestó al resto de cuestionarios, como los otros participantes procedentes de los institutos IES Alfaguara, IES Casabermeja, IES Emilio Prados e IES Los Montecillos.

### **10.3. Reclutamiento.**

El reclutamiento de los y las participantes se realizó mediante los centros participantes en el estudio. En primer lugar, se concertó una cita con los directores de los institutos para explicarles la investigación que se iba a realizar y obtener el consentimiento del centro. Una vez aceptado por parte de la dirección del centro, fue ésta la que se puso en contacto con los padres para informarles. Tras este paso, se accedió a los adolescentes en horarios de tutorías y en presencia de sus tutores, para evitar la ramificación que se producen en estos niveles académicos en función de las ramas de estudios escogidas por los alumnos y las alumnas.

#### **10.4. Criterios de inclusión y exclusión.**

- Los criterios de inclusión del alumnado para la presente investigación fueron los siguientes:
  - Adolescentes matriculados en la ESO en el curso académico en el que se realizó la investigación.
  - Asistencia a la clase de tutoría el día que se realizaron los cuestionarios.
- Los criterios de exclusión del alumnado para la presente investigación fueron los siguientes:
  - Alumnado de nacionalidad extranjera que no entendiesen el español.
  - Alumnado con capacidades intelectuales disminuidas que les resultase imposible entender el cuestionario.
  - Alumnado que no quisiera participar en el estudio.

#### **10.5. Descripción de las variables.**

Las variables se han seleccionado en función a los objetivos del presente estudio. De igual modo, dicha selección ha estado determinada por la necesidad de recoger la máxima información posible, pero teniendo en cuenta la edad de la muestra y cómo puede influir la fatiga y el cansancio en los participantes a la hora de responder a los cuestionarios. Todo ello obligó a limitar los cuestionarios a rellenar y las variables de estudio finales.

Las variables desde el punto conceptual se han agrupado de la siguiente manera:

✓ **Variables sociodemográfica.**

Se han recogido las características demográficas y sociales de la población de estudio y de sus padres y madres, ya que estos datos se consideran importantes a la hora de comprender las posibles influencias en el comportamiento sexual y en la permeabilidad personal de cada persona ante la educación sexual o los posibles factores de riesgo.

Se ha preguntado por la edad, sexo, curso escolar y orientación sexual, al ser las variables más utilizadas para este tipo de estudios. De igual modo, se preguntó también por el instituto, la población (rural o urbana) y la nacionalidad, en base a la existencia de estudios que indican que existen diferencias en conductas y actitudes sexuales diferenciadas bajo estas variables (Bermúdez, Castro, Madrid, & Buela-Casal, 2010; Gil & Romo, 2008; Teva, Bermúdez, & Buela-Casal, 2009). A la misma vez, se les preguntó por los estudios más altos conseguidos por el padre y por la madre, el número de hermanos o hermanas y la posición que ocupa el o la participante entre ellos y/o ellas, puesto que son características que pueden influir a la hora de la actitud ante la sexualidad y la conducta de permisividad o no que pueden demostrar los progenitores (Currie et al., 2012).

✓ **Factores de riesgo.**

Se consideran variables que pueden actuar como factores de riesgo aquellas que hagan más probable llevar a cabo conductas sexuales de riesgo, poniendo de esta forma en peligro la sexualidad saludable de los y las adolescentes.

Se recogió la información de si habían tenido pareja en algún momento de sus vidas, la edad con la que tuvieron la primera pareja y la edad de la pareja en esa relación; si habían tenido relaciones sexuales, la edad con la que tuvieron la primera relación sexual, la edad que tenía esa persona cuando se produjo la relación, si utilizaron métodos anticonceptivos y de ser así cuales fueron, y si utilizaban métodos anticonceptivos en la actualidad y cuales eran. Estas cuestiones son importantes para poder entender las conductas de riesgo de los y las adolescentes, las relaciones de poder que se pueden dar entre las parejas en base a la diferencia de edad y las actitudes más o menos positivas hacia la sexualidad (Bermúdez et al., 2014; García et al., 2012). Es importante conocer la realidad de los y las adolescentes, ya que cada vez se les sexualiza más desde los medios de comunicación y acceden a las relaciones sexuales antes, como se ha señalado a través del marco conceptual de la presente tesis doctoral. Por último, en este campo también se les preguntó si disfrutaban con las relaciones sexuales, debido a que tal y como se ha visto anteriormente, la violencia de género es una lacra también presente en este periodo de la vida. Tener relaciones sexuales sin disfrutarlas, puede ser un factor de alarma para alertar sobre la posibilidad de que se esté dando violencia de género, puesto que ésta puede ser además de física, psicológica y/o sexual. Por todo esto, se considera importante saber si existe una motivación placentera a la hora de acceder a este tipo de relaciones o por el contrario es un acceso por presiones.

#### ✓ **Variables relacionadas con la educación sexual.**

Tal y como se ha presentado en el marco conceptual, los y las adolescentes tienen la percepción de poseer una buena educación sexual, aunque los datos después no indiquen lo mismo. Por lo tanto, se les preguntó en el cuestionario por sus consideraciones propias sobre el nivel de educación sexual que poseían, pues se quería saber si su percepción en este caso se ajustaba o no a la realidad o seguían el mismo patrón que en otros estudios (Espada, Quiles, & Méndez, 2003; Royuela et al., 2015).

Debido a que la sexualidad se entiende como algo holístico e integrante de la persona, se ha preguntado por los factores que influyen en las áreas de la sexualidad, siendo estos, a parte de los ya mencionados, los mitos sobre la sexualidad o el amor (por la concepción imperante de amor romántico existente en la sociedad), los conocimientos sobre ITS y VIH, la doble moral sexual y el sexismo ambivalente, y las actitudes hacia la sexualidad.

En la tabla 2 se presentan todas las variables del estudio, especificando el tipo de variable y el instrumento de recogida de la información.



Tabla 2. Operativización de las variables de estudio.

VARIABLES EXPLICATIVAS		
SOCIODEMOGRÁFICAS		
Nombre de la variable	Tipo	Instrumentos
Nombre del Instituto	Cualitativa nominal	ANEXO I CUESTIONARIO AD HOC DE RECOGIDA DE DATOS
Edad	Cuantitativa de razón	
Sexo	Cualitativa nominal	
Orientación sexual	Cualitativa nominal	
Curso Escolar	Cualitativa ordinal	
Población	Cualitativa nominal	
Nacionalidad	Cualitativa nominal	
Estudios de la madre	Cualitativa nominal	
Estudios del padre	Cualitativa nominal	
Número de hermanos	Cuantitativa de razón	
Posición que se ocupa entre los hermanos	Cualitativa ordinal	
FACTORES DE RIESGO		
Si ha tenido pareja	Cualitativa nominal dicotómica	ANEXO I CUESTIONARIO AD HOC DE RECOGIDA DE DATOS
Edad con la que tuvo la primera pareja	Cuantitativa de razón	
Si ha tenido relaciones sexuales	Cualitativa nominal dicotómica	
Edad que tenía en la primera relación sexual	Cuantitativa de razón	
Edad que tenía la pareja en esa primera relación sexual	Cuantitativa de razón	
Disfrute con las relaciones sexuales	Cualitativa nominal	
Uso de anticonceptivos en la primera relación	Cualitativa nominal dicotómica	
Qué método anticonceptivo usó en la primera relación sexual	Cualitativa nominal	
Qué método anticonceptivo usa en la actualidad	Cualitativa nominal	
DE EDUCACIÓN SEXUAL		
Si considera que tiene una buena educación sexual	Cualitativa nominal	ANEXO I CUESTIONARIO AD HOC DE RECOGIDA DE DATOS
Lugar/Persona de dónde obtiene mayormente la información sobre sexualidad	Cualitativa nominal	

VARIABLES DE RESULTADOS		
Mitos sobre la sexualidad	Cuantitativa de intervalo (Escala Likert del 1 al 5)	<b>ANEXO II Y III</b> Escala de Mitos sobre la Sexualidad
Doble Moral Sexual	Cuantitativa de intervalo (Escala Likert del 1 al 5)	<b>ANEXO IV</b> Escala de Doble Moral
Mitos sobre el amor	Cuantitativa de intervalo (Escala Likert del 1 al 5)	<b>ANEXO V</b> Escala de Mitos sobre el Amor
Conocimientos sobre VIH e ITS	Cuantitativa de intervalo	<b>ANEXO VI</b> Escala de Conocimientos sobre VIH y otras ITS
Actitud hacia la sexualidad	Cuantitativa de intervalo (Escala Likert del 1 al 7)	<b>ANEXO VII</b> Encuesta Revisada de Opinión Sexual
Sexismo ambivalente	Cuantitativa de intervalo (Escala Likert del 0 al 5)	<b>ANEXO VIII</b> Escala de Sexismo Ambivalente

### 10.6. Descripción de instrumentos.

Como se ha mencionado anteriormente, se ha utilizado un instrumento de creación propia, basado en la literatura revisada, para poder responder a los objetivos específicos de esta investigación de *mitos sobre la sexualidad*, y otros instrumentos creados y validados por otros autores para poder medir otros aspectos de interés.

Los instrumentos que se han utilizado han sido:

- Para evaluar las variables sociodemográficas y relacionadas con la educación sexual previa. Se utilizó una cuestionario *ad hoc* en el que se preguntaba por: Nombre del instituto (para saber las características de ese instituto), edad, sexo, población (rural o urbana), curso escolar, orientación sexual, nacionalidad, estudios de la madre y del padre (título superior obtenido), número de hermanos y/o hermanas

(contándose ellas y ellos mismos), posición que ocupaba el o la participante entre los y las hermanos y/o hermanas, si tenían pareja, con qué edad tuvo la primera (si es que la tuvo) y la edad de su pareja en esa relación si han tenido relaciones sexuales (si es que las tuvo), con qué edad tuvo su primera relación y cuantos años tenía la persona con quien las tuvo y si utilizaron métodos anticonceptivos, de ser afirmativo cual usaron, la utilización en la actualidad de métodos anticonceptivos, y de ser afirmativo el tipo de método, si disfruta cuando tiene relaciones, la consideración propia del nivel de conocimientos sobre sexualidad que posee, y cuál es su principal fuente de información.

- Para la evaluación de los mitos sobre la sexualidad. Para estudiar los mitos que poseen los y las adolescentes sobre la sexualidad de forma extensa y correlacionada entre sus áreas, se realizó un cuestionario de elaboración propia que se validó en el presente estudio. En primer lugar, se elaboró un amplio número de cuestiones a partir de las ideas erróneas aportadas por adolescentes en una tormenta de ideas (Mendoza, 2005), y otras fundamentadas en los estudios realizados sobre mitos en ciertas áreas específicas (Bosch et al., 2007; Espada et al., 2014; Sierra et al., 2007). Posteriormente, los ítems elaborados fueron analizados por un grupo de 23 expertos (9 titulados en sexología, 4 profesores de secundaria, 4 titulados en enfermería, 3 titulados en psicología, y 3 titulados en medicina), con un doble objetivo, por una parte clarificar al máximo la redacción de los ítems para favorecer la comprensión de los mismos por la población diana del estudio y, por otra parte, eliminar cualquier ítem que resultara redundante. Tras este proceso se redujeron y modificaron algunos ítems iniciales. Para terminar de afinar se les entregó un ejemplar del cuestionario a un número reducido de adolescentes de todos los cursos escolares de la ESO (6 adolescentes, 2 de cada curso), para asegurar una clara comprensión del mismo por dicha población. En todos los casos confirmaron entender adecuadamente todos los ítems

del cuestionario. Como resultado de este proceso, se obtuvieron los 69 ítems iniciales (Anexo II), que se les administró a la muestra piloto con el fin de determinar aquellos enunciados finales que compondrían la “*Escala de mitos sobre la sexualidad (EMS)*” de 27 ítems (Anexo III). Con el objeto de que estos ítems sirvieran para valorar el acuerdo o desacuerdo de los adolescentes con los mitos, se redactó el cuestionario en una escala tipo Likert de 5 puntos, donde 1 indicaba “Completamente en desacuerdo”, 2 “En desacuerdo”, 3 “Neutral”, 4 “De acuerdo” y 5 “Completamente de acuerdo”. La corrección se realiza sumando todas las puntuaciones de los ítems. Las puntuaciones totales oscilan entre 27 (mínimo arraigo de los mitos) y 135 (máxima creencia de los mitos).

- Para medir las actitudes sexistas. Se ha utilizado la *Escala de Sexismo Ambivalente (Ambivalent Sexism Inventory, ASI)*, creada por Glick y Fiske (1996) y adaptada al español por Expósito et al. (1998). El ASI evalúa las actitudes sexistas ambivalentes (hostiles-benévolas) hacia las mujeres. Consta de 22 ítems de respuesta tipo Likert, de 0 (Totalmente en desacuerdo) a 5 (Totalmente de acuerdo). La fiabilidad de la escala en las investigaciones realizadas por Expósito et al. (1998) es muy buena (0,90 en el primer estudio con estudiantes y 0,88 en el segundo estudio con varones).
- Para la medición de los conocimientos sobre VIH e ITS. Se utilizó la *Escala de Conocimientos sobre VIH y otras ITS para adolescentes (ECI)*, creada y validada por Espada et al. (2014) en población adolescente. Esta escala incluye 24 ítems con respuesta tricotómica Sí-Dudoso-No. Cada respuesta correcta contiene un punto. La escala consta de 5 factores: conocimiento general de VIH (ítems 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 y 19); del preservativo como método protector (ítems 20 y 21); de las vías de transmisión del VIH (ítems 1, 2, 3, 4 y 5); de la prevención del VIH (ítems 22, 23 y 24); y sobre otras infecciones de transmisión sexual (6, 7, 8, 9, 10 y 11). El alfa de Cronbach en el

estudio de Espada et al. (2014) fue de 0,883, considerándose por lo tanto que posee el instrumento una fiabilidad alta.

- Para evaluar la permanencia de la doble moral sexual. Se empleó la *Double Standard Scale (DSS)* creada por Caron et al. (1993), en su versión validada al español por Sierra et al. (2007). La Escala se constituye por 10 ítems de respuesta tipo Likert de cinco valores, donde 1 es “Totalmente de acuerdo” y 5 es “Totalmente en desacuerdo”. La fiabilidad interna del cuestionario en el estudio original de Sierra et al. (2007) fue de 0,76 para los hombres y 0,70 para las mujeres. La corrección del cuestionario se realiza sumando las puntuaciones de cada ítem salvo la del ítem 8 que tiene el valor invertido, obteniendo el 1 el valor de 5, y el 5 el valor de 1, y así sucesivamente.
- Para medir los mitos sobre el amor. Se usó la *Escala de mitos sobre el amor* creada por Bosch et al. (2007), y validada en jóvenes por Valledor (2012). Es una escala de una fiabilidad baja (0,506), pero se decidió su uso por ser un instrumento corto que mide esta área de los mitos y poder comparar de ese modo esta área con el cuestionario de creación propia *Escala de Mitos sobre la Sexualidad (EMS)*. Consta de 8 ítems de respuesta tipo Likert de 1 (Completamente en desacuerdo) a 5 (Completamente de acuerdo).
- Para la evaluación de la actitud hacia la sexualidad. Se ha empleado para medir las actitudes la *Encuesta Revisada de Opinión Sexual (EROS; del Río et al., 2013)*, una adaptación del cuestionario original *Sexual Opinion Survey (SOS; Fisher et al., 1988)*, validada en España por Carpintero y Fuertes (1994). Se decidió utilizar esta adaptación ya que eliminaba el sesgo de la orientación sexual. El cuestionario se contesta en una escala tipo Likert, de 1 a 7, en la que 1 significa “Totalmente en desacuerdo”, y 7 “Totalmente de acuerdo”. El cuestionario mostró en la investigación realizada por del Río Olvera et al. (2013), una alta consistencia interna ( $\alpha=0,851$ ).

### **10.7. Procedimiento y secuenciación de la actuación.**

1º. Para la realización de la investigación se reúnen los cuestionarios necesarios para la investigación presente y se elabora el cuestionario de mitos sobre la sexualidad, de recogidas de datos, documento de información para los institutos, etc.

2º. Se realiza un muestreo por conglomerado no probabilístico, seleccionando institutos de la provincia de Málaga. Se contacta con los directores de los institutos elegidos para solicitar su consentimiento y el del Consejo Escolar para la realización del estudio. Para que la muestra fuera lo suficientemente amplia se seleccionaron cinco institutos. Los institutos fueron seleccionados al azar dependiendo si eran urbanos o rurales. Si un instituto no aceptaba participar en la investigación se sustituía por otro de las mismas características.

3º. Una vez obtenido el consentimiento de los cinco, se acude al IES Fernando de los Ríos, de donde se obtiene la muestra piloto para la EMS, aunque respondieron a los demás instrumentos al igual que la muestra final.

4º. Se analizaron los ítems de EMS y se analizó su fiabilidad hasta determinar la versión final.

5º. Una vez obtenida ésta, y al igual que en el caso anterior, se acude a las aulas en la hora de “tutoría” de cada clase, y se les entrega a cada alumno un cuadernillo con los cuestionarios en papel. En la realización de los cuestionarios emplearon aproximadamente 35 min en responderlos todos.

6º. Se recopilan y se registran los datos. El proceso de recogida de datos fue estrictamente confidencial y la participación en el estudio voluntaria.

## **10.8. Análisis de datos.**

Mediante el análisis exploratorio se realizó la estadística descriptiva de las variables, donde se obtuvieron las correspondientes medias, desviaciones típicas o porcentajes, según la naturaleza de las mismas. Se realizó a cada escala la prueba de Kolmogorov-Smirnov para evaluar la normalidad de la distribución de la muestra. Se contrastaron los objetivos mediante la prueba t de Student y ANOVA en el caso de distribución normal (cuestionario EROS). Se aplicaron pruebas no paramétricas como Kruskal-Wallis y la U de Mann-Whitney en el caso de distribuciones distintas a la normalidad (en todos los demás cuestionarios). De igual modo se llevó a cabo la prueba de correlaciones de Pearson y la Rho de Spearman para el análisis bivalente.

Por último, para la validación del cuestionario EMS, se ha realizado el cálculo del alfa de Cronbach para el análisis de la fiabilidad del cuestionario, así como la correlación ítem-total para evaluar la idoneidad de cada uno de los ítems. Para el estudio de la estructura factorial se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio con el método de extracción de componentes principales y la rotación varimax, habiendo verificado previamente los supuestos para dicho análisis, mediante el cálculo del determinante de la matriz, la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de la esfericidad de Bartlett.

Los análisis de datos de la presente tesis doctoral se realizaron con el programa estadístico IBM® SPSS® Statistics Versión 19.0. El programa estadístico FACTOR versión 8.1 (Lorenzo-Seva & Ferrando, 2007) se utilizó para calcular, el determinante de la matriz, la prueba KMO, la prueba de la esfericidad de Bartlett y el análisis mediante correlaciones policóricas. Se usó el programa Excel de Microsoft Office 2013 para la realización de los gráficos.

### **10.9. Aspectos éticos.**

Se solicitó la autorización a los Consejos Escolares de los Institutos en los que se les iba a pasar los cuestionarios, entregándoles una copia en blanco del cuadernillo en papel con los cuestionarios que se iban a administrar a los y las adolescentes.

El estudio se realizó respetando los preceptos éticos de la Declaración de Helsinki y sus revisiones posteriores (Asociación Médica Mundial, 2013), las normas de buena práctica clínica y se garantizó la protección y confidencialidad de los datos, mediante el tratamiento anónimo y la segregación de datos personales y variables de estudio en la base de datos creada, respetando los preceptos establecidos en la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal recogidos en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre (1999); así como, en materia de seguridad de ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal, y en acceso a datos confidenciales con fines científicos, tal y como dispone el Reglamento CE Nº 831/2002 de la Unión Europea (2002), y la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la de Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica (2002).

La persona responsable del tratamiento de los datos únicamente los trató con la finalidad destinada y no los aplicó o utilizó con fin distinto al autorizado, ni los comunicó, ni siquiera para su conservación, a otras personas. Los datos fueron almacenados en bases de datos exclusivamente destinadas al estudio, encriptadas mediante acceso por clave.



## CAPÍTULO 11

# RESULTADOS

## Contenido.

1. Características sociodemográficas de la muestra.
2. Nivel de conocimientos sobre el VIH y otras ITS.
3. Prevalencia y tipos de mitos relacionados con la sexualidad.
  - 3.1. Mitos románticos o sobre el amor.
  - 3.2. Mitos sobre la sexualidad.
4. Actitudes hacia la sexualidad, actitudes sexistas y actitudes de doble moral.
  - 4.1. Actitudes hacia la sexualidad.
  - 4.2. Actitudes sexistas.
  - 4.3. Actitudes de doble moral.
5. Descripción de las fuentes de información sobre sexualidad.
6. Pertinencia del programa de educación sexual recibido.

### 11.1. Características sociodemográficas de la muestra.

La muestra la constituyen 879 alumnos y alumnas de cinco institutos de la provincia de Málaga, tras depurar la base de datos correspondiente a los cuestionarios cumplimentados, eliminando los casos erróneos.

En la tabla 3 se puede observar la distribución de la muestra por centros académicos.

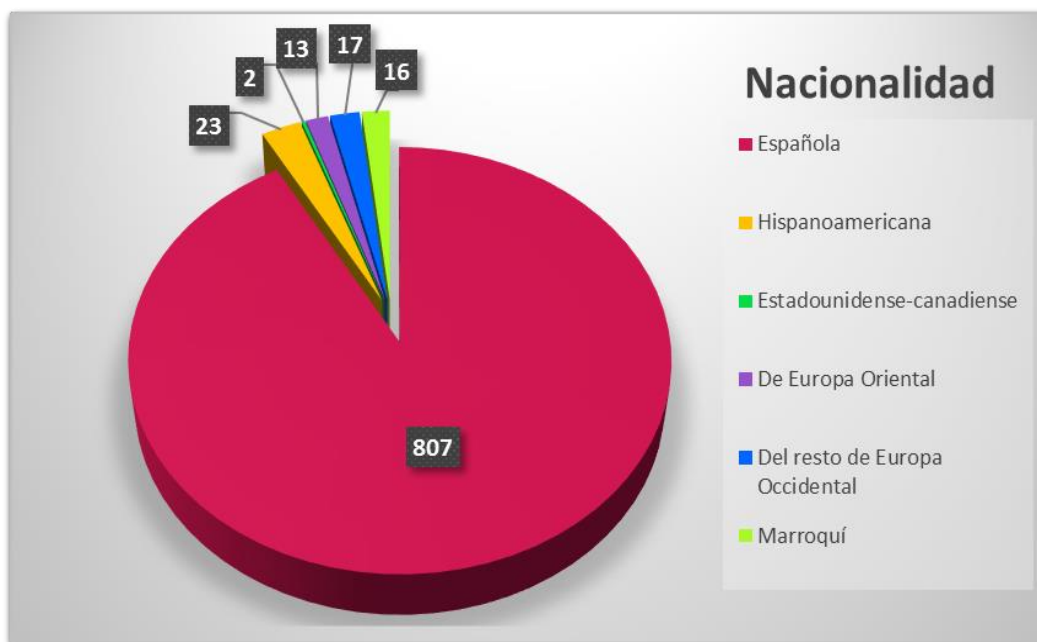
**Tabla 3. Distribución de la muestra por centros académicos.**

Nombre del IES	Muestra	
	n	%
IES Alfaguara	98	11,15%
IES Casabermeja	73	8,30%
IES Emilio Prados	250	28,44%
IES Fernando de los Ríos	216	24,57%
IES Los Montecillos	242	27,53%
<b>Total</b>	<b>879</b>	<b>100%</b>

Debido a las diferencias sociales existentes entre los grupos poblacionales del ámbito rural y urbano, se buscó una muestra representativa de ambos. Debido al menor número de habitantes en las áreas rurales y el menor número de alumnado matriculado por centro en estas zonas, la muestra en base a esta variable se divide de la siguiente manera: 647 estudiantes (73,60%) viven en un área urbana, y 232 (26,40%) habitan en zonas rurales. Para esta variable se tomó como referencia la clasificación del Instituto Nacional de Estadística, que señala como ciudad aquel municipio con más de 10.000 habitantes.

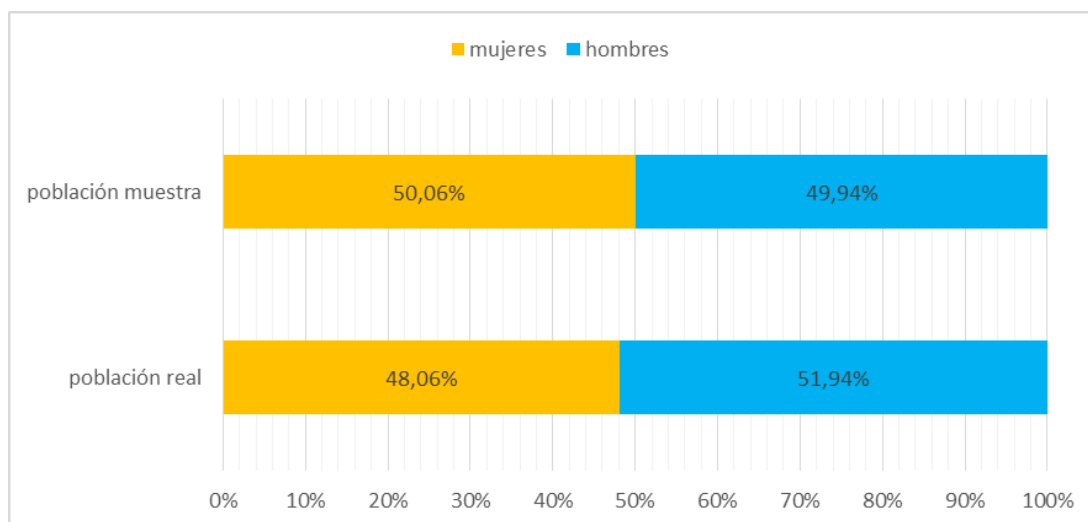
Málaga es una provincia con una riqueza cultural muy grande, basada en el intercambio de nacionalidades que se dan en ella. Muestra de ello, y tal y como se recoge en el Gráfico 1, encontramos que además de la nacionalidad española, que representa a la mayoría de la población 807 (91,81%), encontramos también que hay alumnado procedente de varias regiones mundiales: 23 (2,62%) de Hispanoamérica, 17 (1,93%) del resto de Europa

Occidental, 16 (1,82%) de Marruecos, 13 (1,48%) de Europa Oriental, y 2 (0,23%) de Estados Unidos-Canadá.



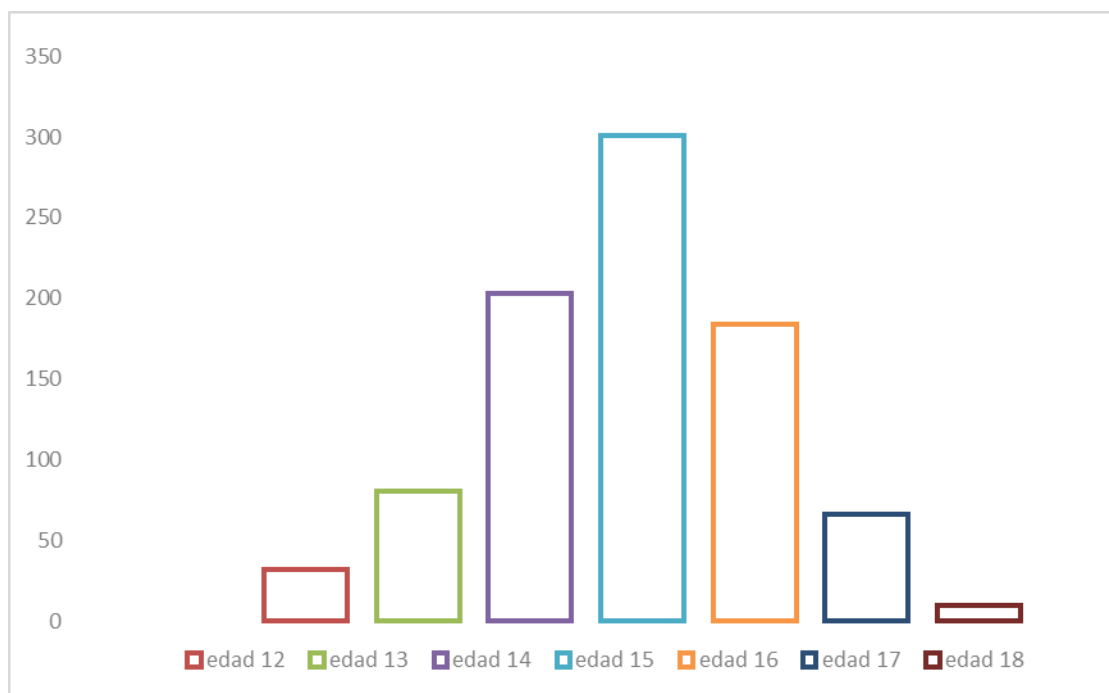
**Gráfico 1. Distribución de la muestra por nacionalidades.**

En el análisis de la distribución de la muestra, según el sexo, se observa que las mujeres representan el 50,06% (n=440) y los hombre el 49,94% (n=439). En la distribución del alumnado en centros públicos en la provincia de Málaga en el curso 2014/2015, las mujeres representaban un 48,06% y los hombres un 51,94%, por lo tanto, el porcentaje de las mujeres en la muestra obtenida es algo superior a la distribución de ese curso.



**Gráfico 2. Distribución de la muestra según el sexo y comparación de la distribución con la población real del curso académico 2014/15.**

La edad media de la muestra es 14,85 años, con una desviación típica de 1,32. La edad de los sujetos se concentran en los 15 años, esto se debe en parte al poco alumnado de 1ª y 2ª de la ESO al que se tuvo acceso en este estudio, y que a partir de los 16 años el alumnado que no quiera estudiar puede abandonar la educación reglada.



**Gráfico 3. Histograma de la distribución de frecuencias de la edad.**

Tal y como mencionamos los y las estudiantes se distribuyen a lo largo de los diferentes cursos de la ESO, 53 (6,03%) estudiantes se encontraban en 1º de ESO, 136 (15,47%) en 2º de ESO, 347 (39,48%) en 3º de ESO y 343 (39,02%) en 4º de ESO.

Si atendemos a la orientación sexual, dicen tener una orientación heterosexual el 95,69% (n=821), homosexual el 1,86% (n=16) y bisexual el 2,45% (n=21).

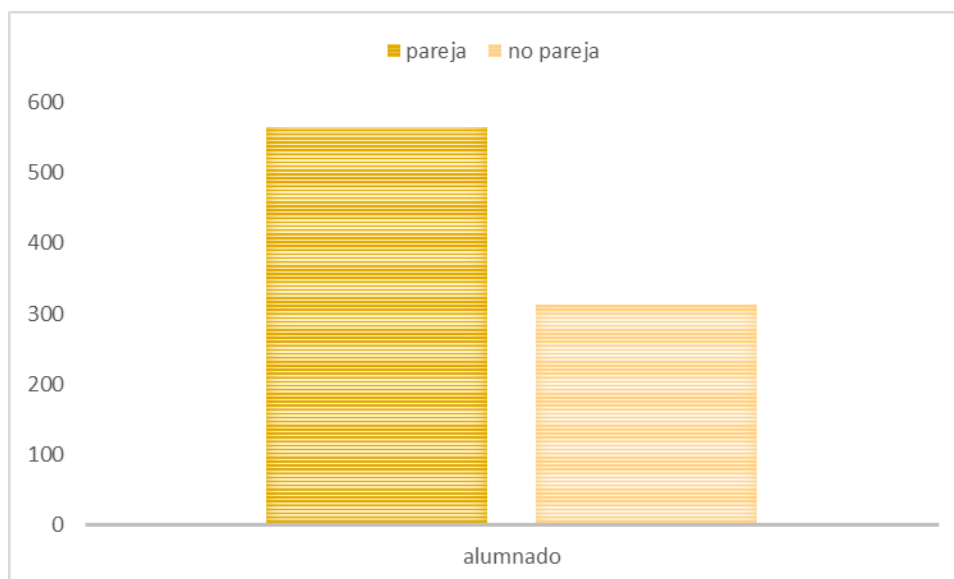
El alumnado de la muestra tiene una media de hermanos de 2,29 (DT=0,798), y ocupan la posición entre ellos de media 1,62 (DT=0,787).

En la tabla 4, se puede observar la distribución de los estudios máximos de los padres.

**Tabla 4. Distribución en función de las variables estudios de los padres y de las madres.**

Nivel de estudios	Estudios del padre		Estudios de la madre	
	n	%	n	%
Ninguno	71	8,08%	56	6,38%
Primaria	82	9,33%	82	9,33%
Secundaria	176	20,02%	192	21,84%
FP	49	5,57%	56	6,37%
FP superior	7	0,80%	1	0,11%
Bachiller	59	6,71%	65	7,39%
Universidad	148	16,84%	183	20,83%
No contesta	287	32,65%	244	27,75%
<b>Total</b>	<b>879</b>	<b>100%</b>	<b>879</b>	<b>100%</b>

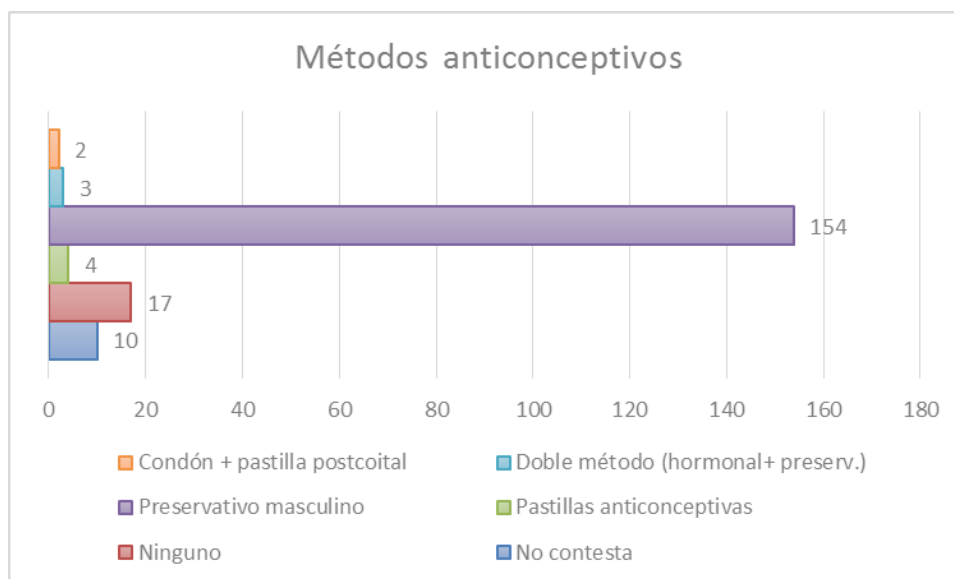
En relación a los factores de riesgo, se le preguntó al alumnado si habían tenido alguna vez pareja. De ellos, el 64,38% (n=564) habían tenido pareja en algún momento de su vida, y un 35,62% (n=312) declararon no haberla tenido nunca, siendo la media de edad con la que tuvieron la primera pareja de 12,54 años (DT=2,11).



**Gráfico 4. Distribución de la muestra en función de la pareja.**

A su vez, reconocen haber tenidos relaciones sexuales el 22,35% (190), teniendo una media de edad en esa primera relación de 14,53 años (DT=1,19), y la pareja tenía una media de edad de 15,69 años (DT=1,88).

De aquellos que han mantenido relaciones sexuales alguna vez, dicen haber utilizado algún método anticonceptivo en la primera relación sólo el 79,68%, habiendo elegido en su gran mayoría el preservativo masculino. En cambio, como métodos anticonceptivos en la actualidad se abren más posibilidades, aunque sigue siendo mayoritariamente el preservativo masculino, como observamos en el gráfico 5.



**Gráfico 5. Frecuencia de los métodos anticonceptivos que utilizan en la actualidad.**

Del alumnado que reconoce tener relaciones sexuales, refieren “sí” disfrutar de las relaciones sexuales un 92,63% (n=176), “casi siempre” un 1,05% (n=2), “mucho” un 0,53% (n=1), “a veces” un 1,58% (n=3), “no” un 1,05% (n=2), “no sabe” un 0,53% (n=1) y no contestaron la pregunta un 2,63% (n=5).

En relación a sus percepciones sobre la educación sexual recibida, una mayoría (69,51%, n=611) cree tener una buena educación, aunque el resto se divide en respuestas muy variadas, como podemos ver más adelante en el epígrafe sobre la percepción del programa de educación sexual recibido.

Por último, cuando se les consulta sobre de dónde obtienen la información sexual, como primera opción señalan, entre otros, internet 19,23%; amigos 19,11%; instituto 12,97%; madre y padre 12,63%; y educación sexual 9,56%. Es destacable que el alumnado también mencionó: “de todo” 1,25%; hermanas y/o hermanos 1,14%; pornografía 1,14%; experiencia propia 1,02%; libros 1,02%; profesionales sanitarios 0,57%; no sabe 0,57%; “escuchado por ahí” 0,46%; y naturaleza 0,34%.



## 11.2. Nivel de conocimientos sobre el VIH y otras ITS.

El nivel de conocimientos sobre el VIH y las ITS, se obtuvo a través de la *Escala de Conocimientos sobre VIH y otras ITS para adolescentes (ECI*, Espada et al., 2014), compuesta por 24 ítems con respuesta tricotómica Sí-Dudoso-No.

En la tabla 5, se observa la puntuación media de la escala y la desviación típica en función del curso académico y del género.

**Tabla 5. Puntuaciones media (M) y desviaciones típicas (DT) de la escala ECI en función del curso escolar y del sexo.**

		TOTAL ECI			
		N	%	M	DT
Sexo	Hombre	407	50,43%	12,47	2,40
	Mujer	400	49,57%	12,49	2,32
	Total	807	100%	12,48	2,36
Curso académico	1º ESO	46	5,70%	12,93	2,57
	2º ESO	122	15,12%	12,61	2,56
	3º ESO	322	39,90%	12,41	2,33
	4º ESO	317	39,28%	12,43	2,28
	Total	807	100%	12,48	2,36

En la tabla anterior se observa que en la puntuación media total (M=12,48) el alumnado participante de este estudio presenta un conocimiento medio del VIH y otras ITS, puesto que representa un 52% de acierto en dicha escala. A su vez, se calculó el porcentaje de acierto para cada uno de los ítems del cuestionario ECI, los datos se presentan en la Tabla 6.

**Tabla 6. Porcentajes y frecuencia de acierto correcto en cada ítem del cuestionario ECI.**

	N	%
1. El VIH se transmite por el aire	172	19,7
2. Es peligroso compartir alimentos o agua con personas seropositivas o enfermas de sida	294	33,5
3. Lavar la ropa con la de un seropositivo o enfermo de sida implica riesgo de contraer la enfermedad	307	35,1
4. Dar un beso húmedo a una persona seropositiva es un riesgo para la transmisión del VIH	287	32,7
5. Abrazar y besar en la mejilla a una persona seropositiva implica riesgo de transmisión del VIH	198	22,6
6. Cuando un chico/a tiene gonorrea o gonococia no es necesario tratar a la pareja	549	62,5
7. La gonorrea o gonococia se curan solas en la mayoría de los casos	635	72,7
8. La sífilis es una enfermedad prácticamente desaparecida	608	69,6
9. La sífilis puede dejar lesiones permanentes si no se trata precozmente	214	24,4
10. El contagio de la sífilis actualmente es muy difícil	634	72,5
11. La hepatitis B nunca deja secuelas	604	69,3
12. El sida es causado por un virus llamado "VIH"	638	73,4
13. La principal vía de transmisión del VIH en España es a través de las relaciones sexuales	730	83,1
14. Una mujer seropositiva embarazada puede transmitir el VIH a su bebé	467	53,5
15. El VIH se transmite por medio de secreciones vaginales y seminales, y la sangre	615	70,5
16. Existe riesgo de contraer el VIH por compartir jeringuillas contaminadas	632	72,1
17. El VIH afecta al sistema inmunológico humano	486	55,5
18. El periodo ventana es el tiempo que tarda el cuerpo en producir anticuerpos tras la transmisión de VIH	136	15,6
19. La prueba de detección del VIH se suele realizar mediante un análisis de sangre	604	69,2
20. El preservativo es un método eficaz para evitar la transmisión del VIH	651	74,4
21. El preservativo femenino es tan eficaz como el preservativo masculino para evitar la transmisión del virus del sida	481	55,2
22. El anillo vaginal o el DIU son métodos eficaces para evitar el sida.	404	46,3
23. Las píldoras anticonceptivas son eficaces para prevenir la transmisión del VIH en las relaciones sexuales	298	34,1
24. Practicar el coito haciendo la "marcha atrás" es una forma segura de practicar sexo sin riesgo de infección por VIH	264	30,1

Nota: N: número de personas que acertaron; %: Porcentaje válido de acierto

En el análisis de los factores del cuestionario se observa que presentan un peor porcentaje de acierto aquellos ítems relacionados con *las vías de transmisión del VIH* (ítems 1, 2, 3, 4 y 5), con un porcentaje de acierto en cada ítem inferior al 40%. En la misma línea encontramos los ítems pertenecientes al factor que mide *la prevención del VIH* (ítems 22, 23 y 24), donde el porcentaje de acierto más alto lo tiene el ítem 22 (46,3%). Seguidamente vendrían los ítems del factor *del preservativo como método protector* (ítems 20 y 21) donde se obtiene un porcentaje en torno al 75% en uno de ellos. La misma línea de

acierto en el conocimiento la presenta el factor *sobre el conocimiento general del VIH* (ítems 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 y 19), a pesar de encontrar el porcentaje de acierto más bajo en toda la escala en el ítem 18 (15,6%; “*El período ventana es el tiempo que tarda el cuerpo en producir anticuerpos tras la transmisión de VIH*”) y a su vez el más alto en el ítem 13 (83,1%; “*La principal vía de transmisión del VIH en España es a través de las relaciones sexuales*”). Por último, se observa un conocimiento medio-alto en función de los porcentajes de acierto de los ítems del factor *sobre otras infecciones de transmisión sexual* (ítems 6, 7, 8, 10 y 11), salvo en el ítem 9 (24,4%; “*La sífilis puede dejar lesiones permanentes si no se trata precozmente*”).

El alfa de Cronbach del cuestionario ECI en este estudio fue de 0,776. Una vez realizada la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, se observa que la puntuación total en el cuestionario de VIH no cumple el criterio de normalidad (sig. 0,000). Por ello se realiza la prueba de Kruskal-Wallis, y se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas ni en relación al género ni atendiendo a la variable curso académico.

### 11.3. Prevalencia y tipos de mitos relacionados con la sexualidad.

Los tipos de mitos los vamos a analizar en función de las dos escalas que se han utilizado en este estudio. Por un lado, se analizarán los mitos románticos, que se corresponden con la idea que se tiene sobre el amor y, por otro lado, los mitos sobre la sexualidad, que analizan los mitos en distintas áreas.

#### 11.3.1. Mitos románticos o sobre el amor.

Los *mitos románticos* han sido medidos mediante la *Escala de Mitos sobre el Amor* (Bosch et al., 2007), compuesta por 8 ítems con un rango de respuesta de 1 a 5, siendo 1 igual a completamente en desacuerdo y 5 igual a completamente de acuerdo. En la Tabla 7 se presentan las puntuaciones medias y desviaciones típicas para la puntuación total de la escala, tanto agrupados por sexos, curso escolar y orientación sexual, así como en la muestra total.

**Tabla 7. Puntuación media y desviación típica del cuestionario EMA en función de las variables sexo, curso académico y orientación sexual.**

		Total EMA	
		Media	Desviación típica
Sexo	Hombre	22,69	4,38
	Mujer	22,78	4,24
	Total	22,74	4,31
Curso Escolar	1º ESO	23,34	4,42
	2º ESO	24,10	4,05
	3º ESO	23,33	4,17
	4º ESO	21,82	4,38
	Total	22,79	4,33
Orientación sexual	Heterosexual	22,92	4,34
	Homosexual	18,67	3,12
	Bisexual	19,93	3,01
	Total	22,79	4,35

Se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para verificar el supuesto de normalidad de la muestra. El resultado no permite asumir el supuesto de normalidad ( $Z=10,125$ ;  $p=0,000$ ). Por esa razón se utilizaron estadísticos no paramétricos para verificar la diferencia entre las puntuaciones de la muestra.

Se realizó la U de Mann-Whitney, para realizar el contraste de las diferencias entre los sexos no encontrándose una diferencia estadísticamente significativa entre ellos ( $Z=-0,103$ ;  $p=0,918$ ). Se realizó la prueba de Kruskal-Wallis para contrastar la diferencia encontrada entre los diferentes cursos académicos. La prueba indica que existen diferencias significativas atendiendo a la variable curso escolar en la puntuación media obtenida. Por las características de esta prueba, se desconoce entre qué cursos se encuentra dicha diferencia, por ello, se realiza la prueba U de Mann-Whitney con los cursos tomados de dos en dos. Las diferencias se encuentran entre los cursos primero y cuarto ( $Z=-2,509$ ;  $p=0,012$ ), segundo y cuarto ( $Z=-3,516$ ;  $p=0,000$ ), y tercero y cuarto ( $Z=-5,304$ ;  $p=0,000$ ).

En relación con la orientación sexual, se realiza la prueba de Kruskal-Wallis para contrastar las diferencias encontradas entre las distintas orientaciones sexuales, la cual indica que sí existen diferencias significativas atendiendo a la variable orientación sexual. Por las características de la prueba, se realiza la prueba U de Mann-Whitney con las orientaciones tomadas de dos en dos, aunque en este caso, es necesario tomar estos datos con cautela debido al bajo número de participantes homosexuales y bisexuales, en comparación con los heterosexuales. Las diferencias se encuentran en este caso únicamente entre los heterosexuales y los homosexuales ( $Z=-3,282$ ;  $p=0,001$ ).

En la Tabla 8 se presentan las puntuaciones medias y desviaciones típicas en cada uno de los ítems del cuestionario junto con la puntuación total, tanto agrupados por sexos como en la muestra total. Así mismo, para saber cuántas de las personas participantes creían en los mitos presentados en el cuestionario, se establece el 4 (De acuerdo) como punto de corte en cada uno de los ítems.

**Tabla 8. Puntuación media del cuestionario EMA (M), desviación típica (DT) y porcentaje de acuerdo con el ítem (%).**

	Chicas			Chicos			$p^a$	Total		
	M	DT	%	M	DT	%		M	DT	%
Ítem 1	3.72	1.11	61.04	3.48	1.22	56.04	0.008	3.60	1.17	58.82
Ítem 2	4.10	1.01	75.23	3.85	1.14	69.02	0.001	3.97	1.08	72.13
Ítem 3	3.94	1.13	71.36	3.49	1.25	52.85	0.000	3.71	1.21	62.12
Ítem 4	2.29	1.15	12.95	2.53	1.25	21.64	0.004	2.41	1.21	17.29
Ítem 5	2.27	1.25	18.41	2.54	1.34	27.79	0.003	2.41	1.30	23.09
Ítem 6	1.44	0.92	5.23	1.61	1.06	7.74	0.005	1.53	0.99	6.48
Ítem 7	1.24	0.67	1.59	1.48	0.96	6.15	0.000	1.36	0.83	3.87
Ítem 8	3.81	1.19	62.05	3.72	1.27	60.14	0.442	3.76	1.23	61.09
Puntuación Total	22.78	4.24		22.69	4.38		0.000	22.74	4.31	

Se observa que los mitos a los que el alumnado ofrece una mayor credibilidad son los que representan los ítems 2 (*mito de la pasión eterna*), 3 (*mito de la omnipotencia*), 8 (*mito de la omnipotencia*) y 1 (*mito de la media naranja*). La puntuación media obtenida por las chicas es ligeramente superior a la obtenida por los chicos. Los porcentajes de las chicas son mayores en los ítems 1 (*mito de la media naranja*), 2 (*mito de la pasión eterna*), 3 (*mito de la omnipotencia*) y 8 (*mito de la omnipotencia*), y ellos obtienen porcentajes mayores en los ítems 4 (*el mito del matrimonio*), 5 (*el mito de los celos*), 6 (*el mito de la compatibilidad amor-violencia*) y 7 (*el mito de la compatibilidad amor-violencia*).

Se realizó una correlación bivariada, utilizando el estadístico Rho de Spearman, para analizar la relación de los ítems entre sí y con la edad de los participantes. Los resultados señalan que existe correlación significativa (al 0,01) entre la edad y la puntuación media del cuestionario EMA ( $Rho=-0,092$ ;  $p=0,007$ ), existiendo a mayor edad menor adherencia a los mitos. También se encontró correlación significativa (al 0,01) entre los ítems 3 y 8 ( $Rho=0,191$ ;  $p=0,000$ ; ambos ítems miden el mito de la omnipotencia), y entre los ítems 6 y

7 ( $Rho=0,599$ ;  $p=0,000$ ; miden los dos el mito de la compatibilidad amor-violencia).

En base a las correlaciones, se observa que:

- ❖ el mito de la media naranja (ítem 1), correlaciona positivamente con el mito de la pasión eterna (ítem 2;  $Rho=0,213$ ,  $p=0,000$ ), el mito de los celos (ítem 5;  $Rho=0,184$ ,  $p=0,000$ ), y el mito de la omnipotencia [(ítem 3;  $Rho=0,137$ ,  $p=0,000$ ) e (ítem 8;  $Rho=0,515$ ,  $p=0,000$ )].
- ❖ existe una correlación positiva entre el mito de la pasión eterna (ítem 2) y el mito de la omnipotencia [(ítem 3;  $Rho=0,276$ ,  $p=0,000$ ) e (ítem 8;  $Rho=0,240$ ,  $p=0,000$ )], y una correlación negativa con el mito de la compatibilidad amor-violencia [(ítem 6;  $Rho=-0,149$ ,  $p=0,000$ ) e (ítem 7;  $Rho=-0,141$ ,  $p=0,000$ )].
- ❖ se establece una correlación positiva entre el mito del matrimonio (ítem 4) y el mito de los celos (ítem 5;  $Rho=0,329$ ,  $p=0,000$ ), y el mito de la compatibilidad amor-violencia [(ítem 6;  $Rho=0,094$ ,  $p=0,006$ ) e (ítem 7;  $Rho=0,106$ ,  $p=0,002$ )].
- ❖ se destaca también que el ítem 5 (mito de los celos), correlaciona positivamente (al 0,01) con el ítem 1 (mito de la media naranja;  $Rho=0,184$ ,  $p=0,000$ ), el 4 (mito del matrimonio;  $Rho=0,329$ ,  $p=0,000$ ), el 6 ( $Rho=0,223$ ,  $p=0,000$ ), el 7 (junto con el ítem 6, mito de la compatibilidad amor-violencia;  $Rho=0,240$ ,  $p=0,000$ ) y el 8 (mito de la omnipotencia;  $Rho=0,224$ ,  $p=0,000$ ).

Se compararon las puntuaciones medias entre cada ítem y la puntuación media total, entre los chicos y las chicas, mediante la prueba U de Mann-Whitney, para verificar si las diferencias entre los sexos era estadísticamente significativa (ver Tabla 8). Se comprobó que las diferencias eran estadísticamente significativas en la puntuación media total y entre todos los ítems excepto el ítem 8.

### 11.3.2. Mitos sobre la sexualidad.

Para medir la existencia de mitos sobre la sexualidad, se utilizó la *Escala de Mitos sobre la Sexualidad*. Como esta escala es de elaboración propia y no había sido validada antes, a continuación se muestra el proceso de validación.

#### Análisis psicométrico de la muestra piloto

El primer paso para elaborar el cuestionario final, era el análisis de los ítems de la muestra piloto (el alumnado del IES Fernando de los Ríos; n=216), para descartar los ítems inadecuados y seleccionar aquellos que tuvieran una mayor correlación ítem-total. Los resultados se muestran en la Tabla 9.

**Tabla 9. Análisis de los ítems de la escala inicial en la muestra piloto.**

Ítems	$r_{i-T}$	$\alpha$	Ítems	$r_{i-T}$	$\alpha$	Ítems	$r_{i-T}$	$\alpha$
01'	-0,149	0,835	24'	0,381	0,823	47'	0,249	0,823
02'	0,177	0,826	25'	0,243	0,825	48'	0,111	0,827
03'	-0,124	0,832	26'	0,269	0,825	49'	-0,124	0,832
04'	0,399	0,822	27'	-0,135	0,832	50'	0,197	0,826
05'	-0,183	0,834	28'	0,016	0,831	51'	0,572	0,819
06'	0,497	0,820	29'	0,463	0,822	52'	0,517	0,820
07'	0,224	0,826	30'	0,353	0,822	53'	0,185	0,826
08'	0,416	0,822	31'	0,343	0,823	54'	0,442	0,822
09'	-0,071	0,831	32'	0,393	0,822	55'	0,254	0,823
10'	0,279	0,824	33'	0,022	0,829	56'	0,256	0,825
11'	0,023	0,828	34'	0,193	0,826	57'	0,504	0,819
12'	0,294	0,824	35'	0,279	0,824	58'	-0,066	0,830
13'	0,011	0,829	36'	0,212	0,826	59'	0,552	0,819
14'	0,433	0,821	37'	0,267	0,825	60'	0,597	0,818
15'	0,201	0,826	38'	-0,099	0,831	61'	0,204	0,826
16'	0,500	0,820	39'	0,450	0,820	62'	-0,266	0,834
17'	0,349	0,823	40'	0,455	0,820	63'	0,314	0,824
18'	0,367	0,823	41'	0,284	0,824	64'	0,347	0,824
19'	0,203	0,826	42'	0,204	0,824	65'	0,360	0,824
20'	0,184	0,826	43'	-0,220	0,833	66'	0,358	0,823
21'	0,053	0,828	44'	0,205	0,826	67'	0,352	0,824
22'	-0,153	0,834	45'	0,425	0,821	68'	-0,265	0,837
23'	0,380	0,823	46'	0,336	0,823	69'	0,205	0,819

Nota:  $r_{i-T}$ : correlación ítem-total corregida,  $\alpha$ : alfa de Cronbach si se elimina el ítem.



Según las indicaciones de Ebel (1965), los ítems con una correlación ítem-total por debajo de 0,19 deben eliminarse, y los que se encuentren entre 0,20 y 0,29 deben revisarse. En este caso, y debido a que es un cuestionario inicial con un número amplio de ítems, se decide eliminar todos los ítems que obtengan una correlación ítem-total por debajo de 0,29. En base a ello, se decide eliminar los siguientes ítems: 1, 2, 3, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 19, 20, 21, 22, 25, 26, 27, 28, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 41, 42, 43, 44, 47, 48, 49, 50, 53, 55, 56, 58, 61, 62, 68 y 69. Por otro lado, y a pesar de presentar una correlación ítem-total adecuada (0,507), se decide eliminar el ítem 57 (*“Si a un chico le introducen el dedo en el culo y le gusta es homosexual”*) por rechazo expreso de varios padres de alumnos de la muestra piloto a ese ítem en concreto, una vez realizada la muestra piloto, y por oposición de algunos orientadores de los centros educativos mencionados de la muestra final a pasar el cuestionario si no se suprimía dicho ítem, los cuáles opinaban que dicho ítem depravaría a los adolescentes, pues los enfrentaría directamente con la sexualidad.

De esta forma el cuestionario final estuvo compuesto por 27 ítems (ítems 4, 6, 8, 14, 16, 17, 18, 23, 24, 29, 30, 31, 32, 39, 40, 45, 46, 51, 52, 54, 59, 60, 63, 64, 65, 66, 67). Se decidió mantener dicho número de ítems por considerarse adecuado. El alfa de Cronbach del cuestionario, una vez eliminados los ítems, fue de 0,881.

Se realizaron los cálculos necesarios para verificar la adecuación de un análisis factorial exploratorio. Según los resultados del determinante de la matriz (0,0002), así como la prueba de la esfericidad de Bartlett (1677,6;  $gl=351$ ;  $p=0,000$ ) y la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin ( $KMO=0,868$ ), sería adecuado la realización de un análisis factorial.

El análisis factorial exploratorio se realizó mediante una matriz de correlaciones policóricas, ya que es lo recomendado cuando se asume un nivel de medida ordinal (Muthén & Kaplan, 1992), en este caso al ser respuestas tipo Likert (Barbero, 1997). A su vez, se realizó un análisis de componentes

principales mediante la rotación varimax y se obtuvieron 8 componentes, que explicaban el 59,39% de la varianza.

### **Análisis psicométrico de la muestra final**

Una vez que se tiene el cuestionario definitivo, se pasa a la muestra final de adolescentes compuesta por el alumnado de los institutos IES Alfaguara, IES Casarabermaja, IES Emilio Prados e IES Los Montecillos (n=663). Para el análisis de los ítems, se procedió nuevamente a analizar la correlación ítem-total. Antes de ello se renombran los ítems de la siguiente manera (el primer número es del cuestionario definitivo y el segundo el ítem de la prueba piloto): 1=4'; 2=6'; 3=8'; 4=14'; 5=16'; 6=17'; 7=18'; 8=23'; 9=24'; 10=29'; 11=30'; 12=31'; 13=34'; 14=39'; 15=40'; 16=45'; 17=46'; 18=51'; 19=52'; 20=54'; 21=59'; 22=60'; 23=63'; 24=64'; 25=65'; 26=66'; 27=67'. Los resultados de la correlación ítem-total se pueden ver en la Tabla 10.

**Tabla 10. Análisis de los ítems de la escala definitiva en la muestra final.**

Ítem	M	DT	$r_{i-T}$	$\alpha$
01	2,84	1,126	0,304	0,863
02	1,80	1,045	0,396	0,860
03	1,73	0,924	0,389	0,863
04	2,24	1,389	0,427	0,860
05	2,54	1,273	0,466	0,858
06	2,44	1,333	0,305	0,864
07	2,45	1,258	0,301	0,863
08	1,54	0,976	0,377	0,861
09	1,72	1,009	0,337	0,862
10	1,74	1,107	0,474	0,858
11	2,67	1,473	0,303	0,864
12	2,35	1,150	0,353	0,864
13	2,32	1,215	0,433	0,859
14	2,33	1,343	0,456	0,859
15	2,16	1,186	0,371	0,861
16	1,62	1,018	0,395	0,860
17	1,84	1,045	0,333	0,862
18	1,88	1,002	0,496	0,858
19	2,02	1,196	0,538	0,856
20	1,63	1,018	0,510	0,857
21	1,98	1,108	0,586	0,855
22	1,83	1,103	0,618	0,854
23	1,99	1,285	0,482	0,858
24	1,39	0,787	0,405	0,861
25	1,33	0,730	0,380	0,861
26	1,91	1,105	0,462	0,859
27	1,36	0,750	0,437	0,860

Nota: M: media del ítem; DT: desviación típica del ítem;  $r_{i-T}$ : correlación ítem-total corregida,  $\alpha$ : alfa de Cronbach si se elimina el ítem.

La fiabilidad de la escala se estimó mediante el coeficiente alfa de Cronbach, cuyo valor fue de 0,865. Los cuestionarios con valores alfa superiores o iguales a 0,70 son adecuados para la investigación (Nunnally & Bernstein, 1994). Debido a esto se puede decir que la escala presenta una alta consistencia interna.

De igual modo que en la muestra piloto, se realizaron los cálculos necesarios para decidir la adecuación de un análisis factorial exploratorio. Según los resultados del determinante de la matriz (0,003), así como la prueba de la esfericidad de Bartlett (3700,489;  $gl=351$ ;  $p=0,000$ ) y la prueba de Kaiser-

Meyer-Olkin ( $KMO=0,910$ ), sería adecuado la realización de un análisis factorial.

Se procedió al análisis factorial exploratorio mediante una matriz de correlaciones policóricas. Se realizó un análisis de componentes principales mediante la rotación varimax y se obtuvieron, esta vez, 6 componentes, que explicaban el 46,77% de la varianza.

Los ítems que saturan en cada uno de los componentes tras la rotación se muestran en la Tabla 11. Se ha establecido como punto de corte para la asignación de los ítems a los componentes con saturaciones iguales o superiores a 0,35.

Tabla 11. Matriz de componentes rotados.

	Componente					
	1	2	3	4	5	6
01					0,633	
02					0,465	
03					0,550	
04	0,569					
05				0,460		
06				0,352		
07				0,602		
08	0,381		0,413			
09					0,465	0,495
10			0,373	0,365		
11				0,610		
12						0,719
13		0,572				
14	0,598					
15		0,600				
16	0,383					
17		0,643				
18		0,505				
19	0,662					
20	0,441					
21	0,503	0,395				
22		0,473				
23	0,694					
24			0,612			
25			0,478			
26			0,491			
27			0,770			

Los componentes encontrados se denominaron de la siguiente forma: el componente 1, “**Intolerancia**”, contiene los ítems 4, 8, 14, 16, 19, 20, 21 y 23; el componente 2, “**Amor romántico**”, contiene los ítems 13, 15, 17, 18, 21 y 22; el componente 3, “**Mitos sexistas**”, contiene los ítems 8, 10, 24, 25, 26 y 27; el componente 4, “**Mitos generacionales**”, contiene los ítems 5, 6, 7, 10 y 11; el componente 5, “**Contracepción**”, contiene los ítems 1, 2, 3 y 9; y el componente 6, “**Embarazo**”, contiene los ítems 9 y 12.

## Contraste de las puntuaciones en el cuestionario

Se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para verificar la normalidad de la muestra para el cuestionario EMS, y se comprobó que ni la distribución de los hombres ( $Z=1,363$ ,  $p=0,049$ ) ni la de las mujeres ( $Z=1,491$ ,  $p=0,023$ ) cumple los criterios de la distribución normal. Por esta razón, se utilizaron contrastes no paramétricos, para verificar las diferencias en las puntuaciones medias obtenidas en el cuestionario entre hombres y mujeres, y en función del curso académico. Los resultados se muestran en la Tabla 12.

**Tabla 12. Contraste de las puntuaciones medias obtenidas en el cuestionario EMS en sexo, curso académico y orientación sexual.**

	N	M	DT	Índice	ρ
Sexo					
Mujeres	323	48,66	11,49	Z=-8,942 <sup>a</sup>	0,000
Hombres	338	58,83	15,04		
Curso Escolar					
2º ESO	84	61,10	13,57	χ²=38,908 <sup>b</sup>	0,000
3º ESO	297	54,03	12,98		
4º ESO	280	51,00	15,00		
Orientación Sexual					
Heterosexual	627	53,96	13,82	χ²=14,938 <sup>b</sup>	0,001
Homosexual	9	43,00	9,54		
Bisexual	15	46,87	26,37		

Nota: a, U de Mann-Whitney; b, Kruskal-Wallis; N, número de personas; M, media; DT, Desviación Típica;  $\rho < 0,01$ .

Se observa que existen diferencias significativas en función del sexo ( $p=0,000$ ), donde los chicos tienen una puntuación más alta en la escala. Las diferencias en puntuación media en función del curso escolar son de igual modo estadísticamente significativas ( $p=0,000$ ). Se ha realizado el contraste con la prueba de Kruskal-Wallis, y debido a las características de la prueba no se puede saber entre qué dos cursos se encuentra la diferencia, para ello se realiza la prueba U de Mann-Whitney tomando los cursos de dos en dos. Es preciso señalar que en la tabla 12 al igual que en los siguientes datos no se refleja 1º de ESO, porque en los IES de la muestra final no se nos permitió el acceso a 1º de ESO. En base a esto, los datos señalan que existen diferencias

entre la puntuación media obtenida en todos los cursos académicos, entre 2º de ESO y 3º de ESO ( $Z=-4,069$ ,  $p=0,000$ ), entre 2º y 4º ( $Z=-5,949$ ,  $p=0,000$ ), y entre 3º y 4º ( $Z=-3,368$ ,  $p=0,001$ ). También existen diferencias significativas en base a la variable orientación sexual ( $p=0,001$ ), si bien hay que tomar estos datos con precaución debido a la diferencia de alumnado que dice ser heterosexual y los que dicen ser bisexuales u homosexuales. Una vez señalado esto, se encuentran diferencias significativas entre los heterosexuales y homosexuales ( $Z=-2,266$ ;  $p=0,023$ ), y entre los heterosexuales y los bisexuales ( $Z=-3,171$ ;  $p=0,002$ ).

A continuación, en la Tabla 13 se presentan las puntuaciones medias y desviaciones típicas en cada uno de los ítems del cuestionario junto con la puntuación total, tanto agrupados por sexos como en la muestra total. Se establece nuevamente el 4 (De acuerdo) como punto de corte en cada uno de los ítems, para saber cuántas de las personas participantes creían en los mitos presentados en el cuestionario.

**Tabla 13. Puntuación media del cuestionario EMS (M), desviación típica (DT) y porcentaje de acuerdo con el ítem (%).**

	Chicas		Chicos		$p^a$	Total		
	M	DT	M	DT		M	DT	%
Ítem 1	2,72	1,09	2,97	1,15	0,003	2,84	1,13	66,37
Ítem 2	1,66	0,98	1,94	1,09	0,000	1,80	1,04	23,45
Ítem 3	1,69	0,91	1,77	0,94	0,342	1,73	0,92	26,41
Ítem 4	1,89	1,22	2,59	1,46	0,000	2,24	1,39	38,31
Ítem 5	2,40	1,26	2,69	1,27	0,003	2,54	1,27	50,98
Ítem 6	2,30	1,32	2,58	1,33	0,004	2,44	1,33	47,89
Ítem 7	2,56	1,23	2,34	1,28	0,013	2,45	1,26	51,74
Ítem 8	1,37	0,76	1,72	1,13	0,000	1,54	0,98	15,30
Ítem 9	1,69	1,00	1,76	1,02	0,301	1,72	1,01	23,94
Ítem 10	1,52	0,98	1,96	1,18	0,000	1,74	1,11	23,23
Ítem 11	2,43	1,45	2,92	1,46	0,000	2,67	1,47	51,51
Ítem 12	2,31	1,08	2,38	1,22	0,660	2,35	1,15	46,75
Ítem 13	2,06	1,16	2,58	1,22	0,000	2,32	1,21	43,42
Ítem 14	2,19	1,28	2,48	1,40	0,010	2,33	1,34	43,44
Ítem 15	1,92	1,07	2,42	1,25	0,000	2,16	1,19	37,60
Ítem 16	1,45	0,85	1,80	1,14	0,000	1,62	1,02	19,31
Ítem 17	1,45	0,79	2,23	1,13	0,000	1,84	1,05	27,84
Ítem 18	1,66	0,90	2,10	1,05	0,000	1,88	1,00	28,14
Ítem 19	1,67	0,96	2,39	1,30	0,000	2,02	1,20	33,23
Ítem 20	1,46	0,78	1,81	1,19	0,002	1,63	1,02	17,82
Ítem 21	1,73	0,94	2,25	1,20	0,000	1,98	1,11	31,87
Ítem 22	1,54	0,90	2,13	1,21	0,000	1,83	1,10	27,47
Ítem 23	1,71	1,13	2,27	1,38	0,000	1,99	1,28	30,00
Ítem 24	1,30	0,69	1,49	0,87	0,003	1,39	0,79	10,45
Ítem 25	1,21	0,62	1,46	0,81	0,000	1,33	0,73	7,84
Ítem 26	1,57	0,83	2,28	1,23	0,000	1,91	1,10	26,09
Ítem 27	1,18	0,51	1,54	0,90	0,000	1,36	0,75	8,45
Puntuación Total	48,66	11,49	58,83	15,04	0,000	53,65	14,28	

Tal y como se observa existen diferencias estadísticamente significativas para todos los ítems salvo para el 3 ( $p=0,342$ ), el 9 ( $p=0,301$ ) y el 12 ( $p=0,660$ ). En general, el alumnado estudiado muestra poca adherencia a los mitos sobre la sexualidad. Aun así, conceden una mayor credibilidad a los *mitos generacionales* en los ítems 5 (50,98%), 7 (51,74%) y 11 (51,51%); y al ítem 1 (66,37%) que mide el área de la *contracepción*. En relación al sexo, los chicos presentan mayor puntuación media en los ítems 1 (contracepción;  $M=2,97$ ), 4



(intolerancia;  $M=2,59$ ), 5 (mitos generacionales;  $M=2,69$ ), 6 (mitos generacionales;  $M=2,58$ ), 11 (mitos generacionales;  $M=2,92$ ) y 13 (amor romántico;  $M=2,58$ ). En cambio las chicas, muestran mayor puntuación media en los ítems 1 (contracepción;  $M=2,72$ ) y 7 (mitos generacionales;  $M=2,56$ ).

Se realiza la correlación bivariada, y se utiliza el estadístico Rho de Spearman para analizar la relación de los ítems entre sí y con la edad de los participantes. Se encuentra una relación negativa estadísticamente significativa (al 0,01) entre la edad y la puntuación media en la Escala de Mitos sobre la Sexualidad (EMS;  $Rho=-0,114$ ,  $p=0,003$ ). Donde se observa que a mayor edad menor puntuación en la escala y menor adherencia a los mitos. Se analiza también la correlación entre los ítems, los datos se exponen en la tabla 14.

**Tabla 14. Correlaciones significativas (al 0,01) ítem-ítem del cuestionario EMS.**

Ítem	Ítems correlacionados	Ítem	Ítems correlacionados
1	2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26	15	1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27
2	1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27	16	2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27
3	1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25	17	1, 2, 4, 5, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27
4	1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27	18	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27
5	1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27	19	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27
6	1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 25, 26, 27	20	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27
7	1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25	21	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27
8	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27	22	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27
9	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27	23	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27
10	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27	24	2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27,
11	1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27	25	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 27
12	2, 3, 5, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24,	26	1, 2, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27
13	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27	27	2, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26
14	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27		

Por su parte, se observa que en la correlación de la edad con la que tuvieron la primera pareja existe una diferencia negativa significativa con algunos ítems del cuestionario EMS, los resultados se pueden ver en la tabla 15.

**Tabla 15. Correlación de Spearman que presentan nivel de significación entre la edad en la que tuvieron el primer novio y varios ítems de distintos mitos del cuestionario EMS.**

Mito	Ítems	Nivel significación	Coeficiente de correlación	Sig.
"Mito Contracepción"	Ítem 1	0,05	-0,108	0,026
	Ítem 2	0,01	-0,127	0,009
	Ítem 3	0,01	-0,169	0,001
"Mitosis Generacionales"	Ítem 5	0,01	-0,161	0,001
	Ítem 7	0,01	-0,168	0,001
	Ítem 10	0,01	-0,222	0,000
"Mito Amor Romántico"	Ítem 13	0,01	-0,141	0,004
	Ítem 15	0,01	-0,134	0,006
	Ítem 22	0,05	-0,107	0,028
"Mitosis Sexistas"	Ítem 24	0,05	-0,105	0,031
	Ítem 26	0,05	-0,101	0,038

De igual modo, se observa una correlación con la edad de la primera relación sexual, donde existe una diferencia negativa significativa en algunos ítems, que se puede observar en la tabla 16.

**Tabla 16. Correlación de Spearman que presentan nivel de significación entre la edad de la primera relación sexual y varios ítems de distintos mitos del cuestionario EMS.**

Mito	Ítems	Nivel significación	Coeficiente de correlación	Sig.
"Mitosis Generacionales"	Ítem 5	0,01	-0,281	0,000
"Mito Amor Romántico"	Ítem 13	0,05	-0,188	0,019
	Ítem 17	0,05	-0,158	0,049
"Mito Intolerancia"	Ítem 14	0,05	-0,202	0,012
"Mitosis Sexistas"	Ítem 24	0,01	-0,234	0,003

## 11.4. Actitudes hacia la sexualidad, actitudes sexistas y actitudes de doble moral.

### 11.4.1. Actitudes hacia la sexualidad.

Para medir las actitudes hacia la sexualidad se utilizó la *Encuesta Revisada de Opinión Sexual* (EROS; del Río et al., 2014), compuesta por 20 ítems de respuesta tipo Likert con un rango de respuesta de 1 a 7, donde 1 es totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo.

En la tabla 17 se muestra la media total de la encuesta y la desviación típica en función del sexo, el curso escolar y la orientación sexual (n=877).

**Tabla 17. Puntuaciones medias (M) y desviación típica (DT) en función del sexo, el curso escolar y la orientación sexual.**

		Total EROS	
		M	DT
Sexo	Chicas	58,56	19,98
	Chicos	69,61	17,44
	Total	64,08	19,54
Curso Escolar	1º ESO	52,77	18,94
	2º ESO	62,04	21,51
	3º ESO	64,80	19,38
	4º ESO	65,89	18,39
	Total	64,08	19,54
Orientación Sexual	Heterosexual	63,75	18,94
	Homosexual	75,94	21,51
	Bisexual	76,33	19,38
	Total	64,08	19,54

Se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov y se observó que el cuestionario cumplía los criterios de normalidad ( $Z=0,894$ ;  $p=0,401$ ). Se efectuó la prueba T de Student para la variable sexo, y se comprueba que existen

diferencias significativas ( $p=0,000$ ), siendo los chicos más erotofílicos que las chicas. Utilizando la prueba ANOVA, se observa que existen diferencias significativas entre los distintos cursos (al 0,05). Estas diferencias son significativas entre primero y segundo ( $p=0,017$ ), primero y tercero ( $p=0,000$ ), y primero y cuarto ( $p=0,000$ ). Con la misma prueba, también se observan diferencias significativas (al 0,05) en función de la orientación sexual entre heterosexuales y homosexuales ( $p=0,034$ ), y entre heterosexuales y bisexuales ( $p=0,009$ ); no se observan diferencias significativas entre homosexuales y bisexuales ( $p=0,998$ ). Se muestra en la tabla anterior que los heterosexuales son menos erotofílicos que los homosexuales y los bisexuales, a pesar de que estos datos hay que tomarlos con precaución debido a la muestra de un número muy inferior tanto en homosexuales como en bisexuales respecto de los heterosexuales.

También se realiza por otro lado la correlación de Pearson entre la puntuación media total del cuestionario EROS y la edad. La prueba muestra que existe una correlación estadísticamente positiva, al 0,01 ( $r=0,100$ ;  $p=0,003$ ); donde se observa que a mayor edad más erotofílico es el alumnado de la muestra.

#### 11.4.2. Actitudes sexistas.

Para conocer las actitudes sexistas de los y las adolescentes del presente estudio, se utilizó la versión en castellano del *Ambivalent Sexism Inventory* (ASI; Expósito et al., 1998), compuesta por 22 ítems de tipo Likert, que se dividen en dos subescalas con las que se miden el sexismo hostil (11 ítems) y el sexismo benévolo (11 ítems); con un rango de respuesta de 0 a 5, donde 0 es “totalmente en desacuerdo” y 5 “totalmente de acuerdo”.

En la tabla 18 se pueden observar las puntuaciones medias totales y las desviaciones típicas para el ASI y las subescalas de sexismo hostil y benévolo, en función del sexo, el curso escolar y la orientación sexual.

**Tabla 18. Puntuaciones medias totales (M) y desviaciones típicas (DT) para el ASI, sexismo benévolo y sexismo hostil en función del sexo, el curso académico y la orientación sexual.**

		N	%	Total ASI		Total Sexismo Benévolo		Total Sexismo Hostil	
				M	DT	M	DT	M	DT
Sexo	Hombre	437	50,06%	57,61	17,57	27,77	10,75	29,84	9,94
	Mujer	436	49,94%	44,92	20,61	23,81	11,74	21,11	11,22
	Total	873	100%	51,27	20,16	25,79	11,42	25,48	11,46
Curso académico	1º ESO	52	5,95%	57,10	18,11	29,73	10,86	27,37	10,26
	2º ESO	134	15,35%	53,44	20,36	26,25	11,87	27,19	10,64
	3º ESO	347	39,75%	53,45	19,89	27,58	11,12	25,87	11,23
	4º ESO	340	38,95%	47,31	20,05	23,19	11,13	24,12	12,04
	Total	873	100%	51,27	20,16	25,79	11,42	25,48	11,46
Orientación sexual	Heterosexual	815	95,66%	52,12	19,60	26,34	11,09	25,79	11,25
	Homosexual	16	1,88%	32,63	22,46	14,88	12,95	17,75	12,27
	Bisexual	21	2,46%	40,62	21,20	18,62	11,07	22,00	12,43
	Total	852*	100%	51,27	20,16	25,79	11,42	25,48	11,46

Nota: \*: El total cambia en base a que no todos indicaron su orientación sexual.

Se realiza la prueba de Kolmogorov-Smirnov para este cuestionario y se observa que la muestra no sigue los parámetros de normalidad ( $Z=1,509$ ;  $p=0,021$ ); así como tampoco se cumplen ni para la subescala de sexismo benévolo ( $Z=1,439$ ;  $p=0,032$ ) ni para la de sexismo hostil ( $Z=1,575$ ;  $p=0,014$ ). Por ello se realiza la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, donde se observan que existen diferencias estadísticamente significativas entre los sexos tanto en el total de las medias del cuestionario completo ( $Z=-9,255$ ;  $p=0,000$ ), como en las dos subescalas ( $Z_{sb}=-5,137$ ;  $p=0,000$ ;  $Z_{sh}=-11,281$ ;  $p=0,000$ ).

Si tomamos como variable de interés el curso escolar, se muestran diferencias estadísticamente significativas al realizar la prueba de Kruskal-Wallis, en las medias totales del ASI y del sexismo benévolo, no así en el sexismo hostil. Debido a las características de esta prueba no se puede saber entre qué cursos existen las diferencias, es por ello que se realiza la prueba U

de Mann-Whitney tomando los cursos de dos en dos. En esta prueba se halló que existen diferencias negativas significativas entre 1º de ESO y 4º de ESO en  $ASI_{total}$  ( $Z=-2,944$ ;  $p=0,003$ ) y en sexismo benévolo ( $Z=-3,783$ ;  $p=0,000$ ); entre 2º de ESO y 4º de ESO en  $ASI_{total}$  ( $Z=-3,020$ ;  $p=0,003$ ) y en sexismo benévolo ( $Z=-2,697$ ;  $p=0,007$ ); y entre 3º de ESO y 4º de ESO en  $ASI_{total}$  ( $Z=-3,986$ ;  $p=0,000$ ) y en sexismo benévolo ( $Z=-5,145$ ;  $p=0,000$ ). De estos datos se extrae que en la muestra del presente estudio a mayor curso académico menor nivel de sexismo ambivalente y menor nivel de sexismo benévolo.

En relación a la orientación sexual, la prueba de Kruskal-Wallis señala que existen diferencias significativas en  $ASI$ , sexismo benévolo y sexismo hostil. Estos datos se deben tomar con precaución, debido a la diferencia de muestra entre el alumnado que dice ser heterosexual y los que dicen ser bisexuales u homosexuales. Se hace necesario por las características de la prueba realizar la prueba U de Mann-Whitney tomando las orientaciones de dos en dos. Se muestra en dicha prueba que existen diferencias significativas entre heterosexuales y homosexuales para el  $ASI_{total}$  ( $Z=-3,443$ ;  $p=0,001$ ), para el sexismo benévolo ( $Z=-3,512$ ;  $p=0,000$ ) y para el sexismo hostil ( $Z=-2,582$ ;  $p=0,010$ ); y entre heterosexuales y bisexuales sólo para el  $ASI_{total}$  ( $Z=-2,352$ ;  $p=0,019$ ) y para el sexismo benévolo ( $Z=-2,867$ ;  $p=0,004$ ); entre homosexuales y bisexuales no existen diferencias estadísticas.

### 11.4.3. Actitudes de doble moral.

Las actitudes de doble moral fueron medidas mediante el cuestionario *Escala de Doble Moral* (EDM; Sierra et al., 2007), compuesta por 10 ítems de tipo Likert, con un rango entre 1 y 5, donde 1 es totalmente de acuerdo y 5 totalmente en desacuerdo. En la tabla 19 se pueden observar las puntuaciones medias totales y las desviaciones típicas en función del sexo, el curso escolar y la orientación sexual.

**Tabla 19. Puntuaciones de las medias totales (M) y las desviaciones típicas (DT) para EDM, en función del sexo, el curso académico y la orientación sexual.**

		N	Total EDM	
			M	DT
Sexo	Chica	440	39,00	7,54
	Chico	439	35,53	7,15
	Total	879	37,26	7,55
Curso académico	1º ESO	53	32,91	6,73
	2º ESO	136	36,99	7,47
	3º ESO	347	37,43	7,39
	4º ESO	343	37,88	7,66
	Total	879	37,26	7,55
Orientación sexual	Heterosexual	821	37,14	7,43
	Homosexual	16	40,38	10,33
	Bisexual	21	39,29	9,63
	Total	858*	37,26	7,55

Nota: \*: El número total es menor debido a que no todos respondieron a la orientación sexual.

Al realizar la prueba de Kolmogorov-Smirnov se comprueba que la muestra no sigue los parámetros de normalidad ( $Z=1,688$ ;  $p=0,007$ ), por lo que se realizan pruebas no paramétricas. Mediante la prueba U de Mann-Whitney se analiza la variable sexo, observándose que hay diferencias estadísticamente significativas ( $Z=-7,718$ ;  $p=0,000$ ). Tal y como se observó en la tabla anterior que los chicos tenían una puntuación media más baja, el resultado señala que

ellos aceptan mejor la doble moral. Mediante la prueba de Kruskal-Wallis se analiza el resultado obtenido en el curso académico, obteniéndose diferencias estadísticas, aunque debido a las características de esta prueba no se puede saber entre qué cursos. Es por ello que se realiza la prueba U de Mann-Whitney en la que se toman los cursos de dos en dos. En esta prueba se observa que hay diferencias estadísticamente significativas entre 1º de ESO y 2º de ESO ( $Z=-3,597$ ;  $p=0,000$ ); entre 1º y 3º ( $Z=-4,476$ ;  $p=0,000$ ); y entre 1º y 4º ( $Z=-4,634$ ;  $p=0,000$ ).

En relación al factor orientación sexual, se realiza la prueba de Kruskal-Wallis, donde se determina que existen diferencias estadísticamente significativas. Se realiza la prueba U de Mann-Whitney y se toman las orientaciones de dos en dos. Dicha prueba señala que existen únicamente diferencias significativas entre heterosexuales y homosexuales ( $Z=-2,030$ ;  $p=0,042$ ). Los datos de esta prueba hay que tomarlos con precaución ya que existe poca homogeneidad en la cantidad de alumnado entre los distintos grupos.

### **11.5. Descripción de las fuentes de información sobre sexualidad.**

La calidad y veracidad de la información recibida va en concordancia con la fuente de información de donde se extraigan dichos conocimientos. Para saber de dónde obtenían dicha información el alumnado del presente estudio, se les preguntó en una pregunta abierta cuál era la primera opción y de dónde obtenían la información sobre sexualidad que poseían. Como ya vimos en las características de la muestra ( $n=879$ ), las fuentes de información a las que acudían casi dos tercios de los y las adolescentes preguntados se concentraban en internet ( $n=169$ ), los amigos ( $n=168$ ), el instituto ( $n=114$ ), las madres y los padres ( $n=111$ ), y las charlas y talleres de educación sexual ( $n=84$ ). Algo más del tercio restante obtenían dicha información de la televisión ( $n=33$ ), de forma general en la calle ( $n=27$ ), en la familia en general ( $n=21$ ),



habían ido cogiendo de todo un poco ( $n=11$ ), de los hermanos y las hermanas ( $n=10$ ), de la pornografía ( $n=10$ ), de las experiencias propias que habían tenido ( $n=9$ ), de los libros ( $n=9$ ), directamente de los profesionales sanitarios ( $n=5$ ), simplemente las cosas que habían ido escuchando sin hacer una búsqueda activa ( $n=4$ ), de la naturaleza como algo intrínseco ( $n=3$ ), de las noticias ( $n=2$ ), de la pareja que le había enseñado cosas ( $n=1$ ), de los documentales ( $n=1$ ) o bien de la radio ( $n=1$ ). A su vez, algunos alumnos y alumnas declararon que no tenía ni habían buscado información alguna sobre sexualidad ( $n=18$ ), o simplemente no contestaron a la pregunta ( $n=63$ ).

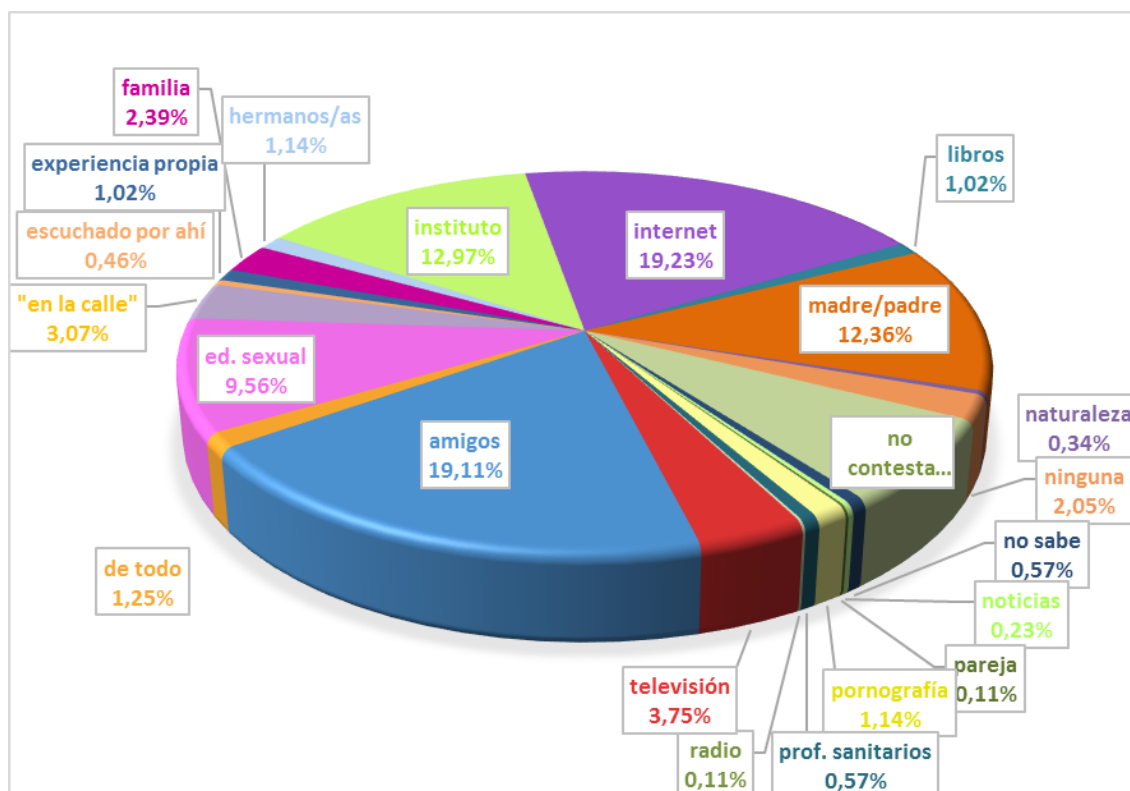


Gráfico 6. Distribución según los porcentajes de la fuente de información sobre sexualidad como primera opción.

### 11.6. Pertinencia del programa de educación sexual recibido.

Según las indicaciones de Pérez (1995) la evaluación de un proyecto es “un proceso sistemático, diseñado intencional y técnicamente, de recogida de información -valiosa y fiable- orientado a valorar la calidad y los logros del mismo, como base para la posterior toma de decisiones de mejora, tanto de dicho proyecto, como del personal implicado y, de modo indirecto, del cuerpo social en que se encuentra inmerso” (p. 85). En este caso, la recogida de la información sobre la valoración del programa *Forma Joven*, no es accesible a la comunidad científica, más allá de los estudios externos que realizan los investigadores. En base a que es un programa que se repite todos los cursos escolares, la evaluación de la pertinencia y de los logros debe hacerse mediante una evaluación interactiva basada en varios criterios, como el ajuste con lo planificado, el cumplimiento de los objetivos o la satisfacción de los implicados. A su vez, por el tipo de evaluación, se centraría en una *coevaluación*, dado que se realiza conjuntamente por los diferentes sectores que la forman, estos son alumnos, educadores y personal externo. De igual modo, se realiza a través de los indicadores de eficacia, que serán los resultados conseguidos (Gento, 1998).

Si se atiende a la finalidad del programa, se puede observar que tiene como fin “promover el conocimiento de la sexualidad”, entendiendo éste como “un aspecto central del ser humano, de relaciones saludables, seguras y satisfactorias, la igualdad entre hombres y mujeres, la eliminación de comportamientos sexistas y la prevención de riesgos derivados como los embarazos no planificados y las infecciones transmisibles sexualmente” (Junta de Andalucía, 2015; p. 18). Por otra parte, el objetivo principal en el área de sexualidad señalado es “promover un conocimiento de la sexualidad como parte del desarrollo personal” (Junta de Andalucía, 2015; p. 28). Este objetivo se evalúa en este estudio en función del resultado de los cuestionarios presentados y de las demás variables de la investigación relacionadas con la educación sexual.

Atendiendo a estos criterios, se observa que en función a la variable sobre la percepción del alumnado, alrededor de un 70% del alumnado tiene una percepción positiva acerca de la información sobre sexualidad que poseen (sí, buena, muy buena); tal y como se reflejaba en las características de la muestra. Respecto a la pregunta “*Consideras que tienes una buena información sobre la sexualidad*”, se detallan los datos obtenidos en el gráfico 7.

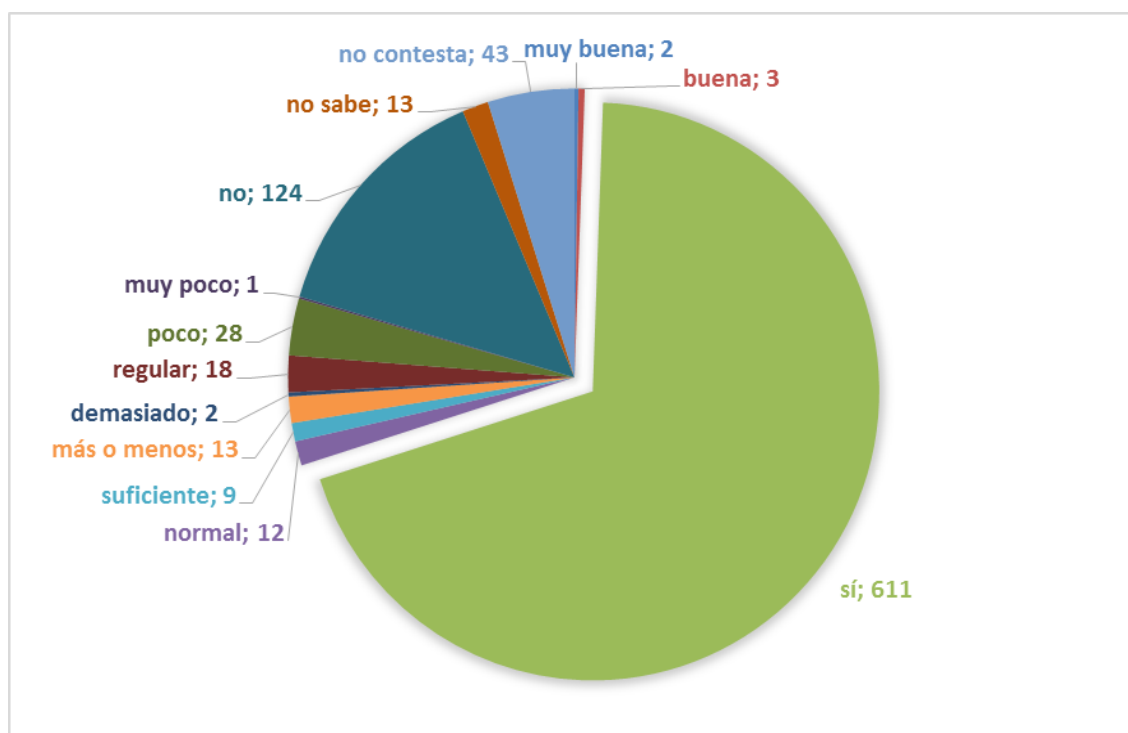


Gráfico 7. Distribución de la percepción de la calidad de la educación sexual que tienen los adolescentes.

Siguiendo las indicaciones del dossier informativo de dicho programa, éste se evalúa de dos formas distintas. La primera forma es interna, realizada por el profesor participante, y la segunda es externa, efectuada por el coordinador del programa en el centro a través de la memoria final en el Sistema Séneca. Dicho dossier no recoge en ningún momento cómo ha de evaluar el alumnado la formación recibida, ni de qué criterios constará, ni en qué lugar se alojará (Junta de Andalucía, 2015).



## CAPÍTULO 12

### DISCUSIÓN

## Contenido.

1. Describir las características sociodemográficas y los factores de riesgo en las conductas del área de la sexualidad de los y las adolescentes de la provincia de Málaga.
2. Evaluar el nivel de conocimientos sobre ITS y SIDA en los y las estudiantes de los institutos de la provincia de Málaga.
3. Identificar los mitos que entorpecen y tergiversan la educación sexual recibida por dicha población.
4. Conocer las actitudes hacia la sexualidad, actitudes sexistas y actitudes de doble moral y establecer una relación existente con las variables del estudio, edad, género y curso académico.
5. Describir las fuentes de donde obtienen los y las adolescentes la mayor parte de la información sexual.
6. Valorar la adecuación del programa de educación sexual que reciben los y las escolares malagueños y malagueñas en materia de educación sexual.

A continuación se discuten los resultados obtenidos en el presente estudio. Para facilitar la comprensión y siguiendo la estructura planteada, se presentará la discusión en función de cada uno de los objetivos específicos planteados en este estudio.

### **12.1. Describir las características sociodemográficas y los factores de riesgo en las conductas del área de la sexualidad de los y las adolescentes de la provincia de Málaga.**

En el presente estudio, la distribución de la población estudiada respecto al género presenta unos resultados muy igualados, siendo el 50,06% (n=440) chicas y el 49,94% (n=439) chicos. Esta distribución es sólo ligeramente diferente de la distribución por género en la ESO en la provincia de Málaga, donde las chicas representaron el 48,06% y hubo mayor número de chicos que de chicas en el año del estudio (Unidad Estadística y cartográfica, 2015).

Respecto a la edad, la media de edad del alumnado estudiado es 14,85 años, concentrándose la mayoría en los 15 años. Este dato se debe a que la muestra final se compone únicamente de los cursos 3º y 4º de la ESO de los respectivos centros. Debido a que bajo el criterio de los directores, consejos escolares y algunos padres, el alumnado de 1º y 2º de la ESO es aún muy pequeño para comenzar a obtener información sobre sexualidad y afecto. A pesar de ello, es una media que corresponde con algunos de los últimos estudios (Bermúdez et al., 2014; Montañés et al., 2015; Ubillos et al., 2016).

Se observa que el 95,69% se declara heterosexual, un 1,86% homosexual y un 2,45% bisexual, representando estos dos últimos grupos minorías sexuales. Los datos se sitúan en la misma línea que otros estudios, habiendo más personas bisexuales que homosexuales, con porcentajes incluso superiores (Bermúdez et al., 2010; García Barba, 2015; Kann et al., 2016). A su vez, también queremos resaltar que un 2,39% del alumnado no contestó esta variable, este dato es de reseñar ya que a pesar de ser un cuestionario anónimo, el peso de la clase puede llegar a influir tanto que omiten el dato de

su orientación sexual. Esto es debido a que tal y como se ha demostrado en otros estudios, el pertenecer a una minoría sexual puede acarrear consecuencias negativas hacia el alumnado (Arbeit, Fisher, Macapagal, & Mustanski, 2016; Rodríguez-Castro et al., 2013; van Bergen et al., 2013).

En referencia a los factores de riesgo estudiados, se puede observar que la población adolescente de Málaga sigue teniendo tanto factores de riesgo como conductas de riesgo. Entre esos factores se encuentran el tener una pareja a edad temprana, según los datos obtenidos en nuestro estudio el 64,38% del alumnado han tenido pareja en algún momento. La edad media con la que tuvieron la primera pareja es de 12,54 años, esto se sitúa en la realidad mostrada en otros estudios, en la que sitúan la edad de inicio de las relaciones de noviazgo en torno a los 13 años y con tendencia descendente (Merino, 2016). Este dato es importante tenerlo en cuenta en una sociedad que cada vez sexualiza más a los menores y, que por otra parte, no los dota de herramientas suficientes para afrontar las dificultades y contratiempos de una relación tan estrecha como puede ser la del noviazgo. El inicio precoz de estas relaciones es, por ello, un factor de riesgo para la violencia de género (Merino, 2016; Valdivia & González, 2014).

El inicio precoz de las relaciones de noviazgo, va estrechamente relacionado con el inicio cada vez más prematuro de las relaciones sexuales. En el presente estudio, hemos observado que el 22,35% del alumnado era activo sexualmente. De ellos la media de edad para el primer encuentro sexual es de 14,53 años y la edad media de la pareja que tenían en esa relación es de 15,69 años. En estos datos se observa cómo, a pesar de haber una tendencia a estar con parejas un poco mayores, la edad de tener relaciones sexuales se encuentra bastante baja actualmente en España. En este sentido, los datos de este estudio coinciden con los últimos estudios, donde se puede ver claramente cómo ha disminuido a nivel general la edad de la primera relación sexual en nuestro país (Espada, Escribano, Orgilés, Morales, y Guillén-Riquelme, 2015; Giménez-García et al., 2016 ; Lima et al., 2013; Rodríguez & Traverso, 2012).



En relación con los factores de riesgo anteriores, se encuentra la conducta de riesgo del uso inconstante, o el no uso, del preservativo tanto en la primera relación como en las siguientes. En este caso, al ser preguntados los y las adolescentes por si emplearon algún método anticonceptivo en la primera relación sexual, sólo el 79,68% había utilizado algún método, habiendo decrecido el uso de anticonceptivos en relación con otros estudios (Lima, Guerra, & Lima, 2016; Observatorio de la Juventud en España, 2010). Y mayoritariamente se usó el preservativo masculino. Asimismo, es de destacar que dijeron no haber utilizado “ninguno” 17 adolescentes de los encuestados. Aunque a nivel de porcentajes no es muy representativo el dato, implica que 17 personas se han expuesto al riesgo de tener un embarazo no deseado o a contraer una ITS, pudiendo contagiar, de este modo, a sus futuras parejas si se tratase de una ITS no curable. Sin olvidar con ello, la posibilidad de que las chicas que sufren violencia de género, aunque no sea física, tienden a negociar menos el uso del preservativo por miedo (Zapata, 2007).

Por último, hemos de destacar que un 92,63% del alumnado dice “sí” disfrutar de las relaciones sexuales que tienen. Consideramos que disfrutar de las relaciones es un factor importante a la hora de actuar como protector ante la coerción de género, y ante las nuevas amenazas, como pueden ser el sexting, el acoso sexual que se da entre los y las adolescentes, o la violencia de género. En estos casos el contentar a la pareja o el rol pasivo puede actuar como un vector hacia dicha violencia (Merino, 2016). Como observamos, los y las adolescentes acceden hoy en día a una edad más temprana al sexo, no sólo porque se tenga una actitud más positiva y abierta hacia al sexo, sino que muchos acceden por encajar en el grupo y obtener la aprobación de los demás compañeros/compañeras y amigos/amigas que ya han tenido relaciones sexuales. Ésta es hoy día entre los adolescentes una medida de coerción y presión para medir la popularidad, a la que acceden, la iniciación en las relaciones sexuales, a veces sin haber experimentado realmente el deseo de tener relaciones sexuales. Es importante, por esta razón, conocer si es la deseabilidad y el disfrute lo que los y las empuja a tener relaciones sexuales.

## 12.2. Evaluar el nivel de conocimientos sobre ITS y SIDA en los y las estudiantes de los institutos de la provincia de Málaga.

En la evaluación de los conocimientos de las ITS y el SIDA, cabe destacar que el alumnado presenta un nivel de conocimientos medio-bajo. Estos datos muestran un conocimiento similar a otros estudios recientes, en los que se remarca que es necesario mejorar el conocimiento de los y las adolescentes en esta materia, debido a que no es un conocimiento alto (Corral, Mármol, & Vázquez, 2016; Espada et al., 2015; Mason-Jones et al., 2016). Esto puede tener una causa clara en el hecho del lugar de dónde obtienen la información sobre sexualidad, siendo en este estudio, como primeras opciones internet y los amigos.

Es importante analizar de forma detallada los bloques de los conocimientos sobre ITS y SIDA del cuestionario que se utilizó. Al contrario de lo que se pensaba y de lo que muestran los estudios realizados por los autores del cuestionario ECI (Espada et al., 2014), en la muestra del presente estudio los porcentajes de mayores aciertos se encuentran en el bloque *“sobre otras infecciones de transmisión sexual”*. De igual modo, se observa que los y las adolescentes de Málaga, a pesar de encontrarse la mayoría de los encuestados y las encuestadas entre los cursos 3º y 4º de ESO, en los que ya han recibido charlas de educación sexual, muestran unos conocimientos muy bajos *sobre las vías de transmisión del VIH y sobre la prevención del mismo*. A su vez, presentan unos conocimientos medio-altos, en torno a dos tercios del alumnado, en lo relativo al *conocimiento general del VIH y el preservativo (masculino) como factor protector*. Queremos destacar datos como que un 80,3% del alumnado está de acuerdo y piensa que *“El VIH se transmite por el aire”*. También un 69,9% cree que *“Practicar el coito haciendo la “marcha atrás” es una forma segura de practicar sexo sin riesgo de infección por VIH”*. Dos afirmaciones que nos pueden parecer incomprensibles para esta generación adolescente actual, muy bien informada; y que da una idea de los conocimientos que se consiguen transmitir en la educación sexual, cuando se enseña sobre los conocimientos sobre ITS y VIH.

Además, como se observa en los resultados no existen diferencias significativas en las puntuaciones en el cuestionario ECI entre los diferentes cursos académicos, a pesar de que los dos últimos cursos ya han tenido una educación sexual reglada impartida por sanitarios o profesores, como ya se ha comentado. En base a ello, y dado que es uno de los pilares más fuertes de intervención en educación sexual en *Forma Joven* (Escuela Andaluza de Salud Pública, s. f), es necesario analizar estos datos en profundidad y detectar qué se está haciendo mal en la educación sexual y cómo poder solucionarlo.

Si nos remitimos al hecho de que esta generación de adolescentes españoles es la generación mejor formada y con mayor acceso a la información, es sorprendente que a su vez tengan una desinformación elevada en lo que a salud sexual se refiere. Desde el colectivo enfermero y desde las instituciones responsables de la educación sexual en la adolescencia (colectivo educativo), así como desde las instituciones estatales (gobierno y leyes educacionales) e internacionales (OMS, UNAIDS e UNICEF), se ha de analizar de forma urgente e improrrogable qué se hace mal para que los adolescentes no estén bien formados en nuestro campo que es la salud, y en esta área específica de la salud sexual.

Es por ello que se ha de hacer hincapié en las estrategias de prevención a seguir para evitar las ITS, entre las que se situarían hacer campañas de detección precoz de ITS. Otra labor principal de la enfermería es la promoción de la salud, y dentro de ella, de una sexualidad saludable y positiva. En base a este principio se han de dar herramientas personales, desde donde parten los cursos de formación en conocimientos de las conductas poco saludables y los riesgos que atañen, a los y las adolescentes para que puedan desechar las conductas de riesgos que implican una posible enfermedad.

### **12.3. Identificar los mitos que entorpecen y tergiversan la educación sexual recibida por dicha población.**

Conforme a los resultados presentados en este estudio, vemos que siguen presentes en la generación adolescente actual tanto los mitos sobre el amor como otros mitos que se han evaluado en el cuestionario “mitos sobre la sexualidad”. Para hacer más estructurada la discusión hemos separado los mitos sobre el amor y los mitos sobre la sexualidad.

#### **12.3.1. Mitos románticos o sobre el amor.**

Como se manifiesta en este estudio sigue existiendo entre la población adolescente una elevada mitología romántica. La mayoría están de acuerdo con los mitos de la pasión eterna, de la omnipotencia y de la media naranja, por el contrario se muestran en desacuerdo con el mito de compatibilidad amor-violencia, el de los celos y el del matrimonio. Estos resultados son similares a los realizados en estudios anteriores (Bosch et al., 2007; Valledor, 2012). En el caso del mito sobre el matrimonio, respecto al que la muestra rechaza y que contrasta con la aceptación de dicho mito en los otros estudios, puede estar suscitada esta diferencia por la edad promedio de la muestra que se sitúa en 14.85 años.

Respecto al sexo existen diferencias entre los mitos que más aceptación tienen, siendo en las *chicas* los mitos de la media naranja, el de la omnipotencia y el de la pasión eterna; mientras que en los *chicos* por el contrario son los mitos de los celos, el matrimonio y la compatibilidad amor-violencia los más aceptados. Esta diferencia puede deberse a la carga sexista que se les inculca aún hoy en día a los y las adolescentes, ya que tal y como se ha visto en el estudio, los mitos amorosos correlacionan con actitudes machistas y de violencia de género (Donoso, Vilà, Rubio, & Prado, 2016). Se puede decir que la mitología amorosa está estrechamente unida al género, y de ahí la diferenciación de los mitos predominantes en cada sexo. Como era de esperar las chicas tienen una conceptualización más romántica del amor y la

pareja, mientras que ellos siguen manteniendo los mitos relacionados con la violencia y la celopatía, teniendo todo esto una clara herencia cultural.

Si atendemos a las correlaciones observadas en este estudio entre los propios mitos románticos podemos ver que:

- El mito de la “media naranja”, esa idea de que hay un alma gemela de cada persona en el mundo, correlaciona con los mitos de la pasión eterna, de los celos y de la omnipotencia (el amor todo lo puede); este mito que aboga por la idealización de que una persona no está completa sin esa alma gemela es apoyado por el 61,04% de las chicas y el 56,04% de los chicos.
- También, se observa que el mito de la pasión eterna, ese sentimiento de idealización y enamoramiento que durará para toda la vida, correlaciona con los mitos de la omnipotencia y de la compatibilidad amor-violencia; esta idea de que los mismos sentimientos van a durar para siempre y nada va a cambiar, viene de la mano de “y si cambia y ejerzo violencia sobre ti, es amor para que todo vuelva igual que al principio”, este mito es aceptado por un 75,23% de las chicas y un 69,02% de los chicos, a pesar de lo peligroso de estas ideas.
- Por su parte, el mito de los celos, si existe amor existen celos y es normal ser “celoso/celópata”, correlaciona con los mitos de la “media naranja”, del matrimonio, de la compatibilidad amor-violencia y con el ítem 8 de la omnipotencia; esa idea del control obsesivo y de los celos por todo y por todos, aunque en menor medida que los anteriores es compartida por un 18,41% de las chicas y un 27,79% de los chicos, pasando aquí a tener mayor adherencia al mito el género masculino.
- Por último, el mito del matrimonio, en el que la pareja es entendida en su forma heterosexual y dentro del matrimonio, correlaciona con los mitos de los celos y de la compatibilidad amor-violencia; en el

ideario de la comprensión de la pareja sólo y exclusivamente como tal, heterosexual y casada, y dentro de la cual es normal los celos y la compatibilidad con la violencia, hay un 12,95% de las chicas y un 21,64% de los chicos que están de acuerdo.

En este estudio se expuso la existencia de mitos sobre el amor entre los y las adolescentes, y su presencia puede estar mediatizada por variables como el sexo y la edad, variables que influyen en la perdurabilidad de mitos (Ferrer et al., 2010; Rodríguez-Castro, Lameiras, & Carrera, 2015). Se debe tener presente que los mitos son ideas compartidas por la mayoría de la sociedad, por lo que la presencia de éstos están relacionados también con los patrones de educación que recibe cada persona, además de con la carga cultural y religiosa en la que se desarrolle. Por ello, es importante recalcar que a pesar de haber aumentado en los últimos años el rechazo directo de los y las adolescentes a la violencia de género, hay aún ideologías y mitos que se escapan al control de lo “correcto socialmente” y que hacen que la violencia de género se mantenga en esta población (Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, 2015), y que se mantenga la perdurabilidad de los mitos sobre el amor.

### **12.3.2. Mitos sobre la sexualidad.**

Primeramente, en relación a la validación de la Escala de Mitos sobre la Sexualidad (EMS), los resultados de las investigaciones presentadas avalan la fiabilidad y validez de ésta como instrumento para su utilización con adolescentes. La escala EMS mide seis factores pertenecientes a la esfera de la sexualidad: “Intolerancia”, a una sexualidad diferente a la propia concebida; “Amor Romántico”, siendo la concepción del amor más arraigada en nuestra sociedad (Pascual, 2016; Valledor, 2012); “Mitosis sexistas”, estando presente aún en nuestra población la doble moral y el sexismo ambivalente (Ubillos, Goiburu, Puente, & Pizarro, 2016); “Mitosis generacionales”, transmitidos en la sociabilización y educación generacional; “Contracepción”, conocimiento

correcto de los métodos anticonceptivos y el rechazo de ideas falsas que vayan en contra de un sexo seguro, y “Embarazo”, saber adecuadamente cómo se produce y cuáles son las conductas de riesgo que pueden producirlo. Todos estos factores explican un elevado porcentaje de la varianza explicada. En lo que respecta a la fiabilidad, los valores alfa son elevados, por lo que la escala muestra una adecuada consistencia interna. Con estos datos, podemos inferir que dicha escala presenta las características psicométricas esperables para su uso en educación sexual y en investigación.

En el análisis de las medias de las variables se observa que existen diferencias significativas en relación al sexo, poseyendo en general los chicos más mitos sobre la sexualidad que las chicas. También existen diferencias entre la orientación heterosexual y las orientaciones homosexual y bisexual. De tal forma que son los heterosexuales los que más mitos poseen, aunque estos datos haya que tomarlos con precaución ya que las distribuciones por orientación no eran equitativas y existían muchos más adolescentes heterosexuales que del resto de orientaciones sexuales. Existen, a su vez, diferencias significativas también cuando la comparación se hace entre los distintos cursos académicos, siendo los de 2º de ESO los que mayores mitos poseen. Estas diferencias se pueden deber a que los cursos de 3º y 4º, han recibido ya algo de educación sexual en el ámbito escolar por las enfermeras o profesionales encargados de dichos programas (Fonner et al., 2014; Rodríguez & Traverso, 2012). Antes de continuar, queremos hacer mención a los 3 ítems más aceptados dentro del alumnado, en torno a la mitad de la muestra. Estos ítems son el 5 “Tener muchos celos es una prueba de amor por parte de tu pareja”, el 7 “El alcohol aumenta el rendimiento sexual”, y el 11 “Entre una pareja no es necesaria la privacidad de tu mundo (libre acceso a las redes sociales, correos electrónicos, perfiles,... de la pareja)”; todos “*mitos generacionales*”. Es importante analizar esto, ya que dos de ellos enaltecen las relaciones tóxicas y dependientes, llegando a ser incentivos de las violencias psicológicas, y el otro (el ítem 7), relaciona una conducta de riesgo (tener relaciones habiendo consumido sustancias adictivas) con un refuerzo positivo de la sexualidad.

Por otro lado, teniendo en cuenta la sociedad protectora y cargada de mitos en la que se desarrollan las y los adolescentes españoles, es importante darles una buena educación sexual para que puedan erradicar esos mitos, ya implantados en las generaciones predecesoras. Han sido padres, madres y educadores y educadoras quienes ante sus miedos y rechazos han puesto trabas al desarrollo natural de una investigación que sólo aboga por la formación de los y las jóvenes, para que se puedan desarrollar y puedan elegir cómo viven su sexualidad libremente. La eliminación del ítem 57 (“Si a un chico le introducen el dedo en el culo y le gusta es homosexual”), por temor a la depravación de los y las adolescentes o por no querer enfrentarse esos padres/madres a la educación sexual de sus propios hijos e hijas, no hace más que constatar el arraigo tan fuerte de estos mitos, falsas creencias y tabúes de una sociedad desarrollada como la española. En base a esto, debemos señalar la importancia de que no sean únicamente los infantes, infantas y adolescentes quienes reciban educación sexual, si no que se promueva que dicha educación sea recibida por los padres y madres del alumnado. Ya bien sea a través del colegio, de la escuela de padres, o desde la creación de un programa paralelo a “Forma Joven” pensado para ello. Estas medidas educativas hacia las madres y padres son imprescindibles para paliar el efecto negativo de los prejuicios y la mala información que poseen a la hora de transmitir la educación sexual a sus hijos e hijas.

De lo anteriormente expuesto, se extrae que disponer de una medida para evaluar el grado de aceptación y arraigo de los mitos sobre la sexualidad adecuada y válida permite descubrir las falsas creencias que poseen los adolescentes, para que así se puedan erradicar antes de empezar a construir un concepto de sexualidad sólido, libre y personal.



#### **12.4. Conocer las actitudes hacia la sexualidad, actitudes sexistas y actitudes de doble moral y establecer una relación existente con las variables del estudio, edad, género y curso académico.**

Al igual que en el objetivo anterior, para discutir sobre las diferentes actitudes que posee la población adolescente, las estructuraremos por tipo de actitudes.

##### **12.4.1. Actitudes hacia la sexualidad.**

Al hablar de actitudes hacia la sexualidad en términos de erotofilia-erotofobia, podemos observar cómo influyen ciertas características sociodemográficas en estas actitudes.

En el presente estudio, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en relación a la variable sexo, pudiéndose afirmar que los chicos presentan mayor grado de erotofilia que las chicas, concordando con los datos de investigaciones anteriores (Vallejo-Medina et al., 2014). También, existen diferencias significativas respecto al curso escolar en el que se encuentran los adolescentes, teniendo mayor grado de erotofilia el alumnado de 4º de ESO que el de 1º de ESO. Esto se puede deber al hecho de que la escasa educación afectivo sexual que se imparte, y que entra dentro del marco legislativo de la educación reglada (Bejarano & Mateos, 2016), se imparte en los últimos cursos del instituto (Molina et al., 2015). O, simplemente, al hecho de que empiezan a tener mayor “wish” ante las conductas sexuales debido a la edad (Heras et al., 2016). De igual modo, los que tienen pareja son más erotofílicos que los que no la tienen (Bermúdez et al., 2014; Royuela et al., 2015). A su vez, a pesar de que haya que tomar estos datos con precaución por la diferencia entre el número de muestras, la orientación sexual influye de forma significativa en las actitudes hacia la sexualidad. Estos resultados concuerdan con otras investigaciones, en los que los más erotofílicos son los no heterosexuales (Bermúdez et al., 2014; del Río et al., 2013). Por último, el

lugar donde se reside (rural o urbano) según este estudio parece no influir en esta dimensión de las actitudes sexuales.

En conclusión, es interesante resaltar cómo ciertas características sociodemográficas influyen en una actitud más positiva o negativa hacia la sexualidad en los y las adolescentes. Con estos datos se abre un importante tema de estudio en el que profundizar sobre la edad conveniente de recibir educación sexual, sobre la polémica de si adolescentes de primero tienen ya deseo y conductas sexuales, y cómo la actitud ante ellas puede llevar a tener una sexualidad en la edad adulta más saludable o por el contrario más restrictiva.

#### 12.4.2. Actitudes sexistas.

En base a los resultados de la presente investigación se observa que en la actualidad siguen existiendo ideas sexistas entre nuestra población adolescente. Los resultados obtenidos nos permiten observar que existen diferencias significativas en las actitudes sexistas, tanto en el resultado de la escala total como en los de las subescalas *sexismo benévolo* y *sexismo hostil*, en función del género. De tal modo que los chicos presentan actitudes más sexistas que las chicas en las tres puntuaciones, coincidiendo estos datos con los proporcionados en estudios recientes (Ubillos, Goiburu, Puente, Pizarro, & Echeburúa, 2017). Estos resultados concuerdan con lo esperado ya que los chicos eran los que puntuaban más alto en los mitos románticos relacionados con la violencia (Mito de los celos y mito de la compatibilidad amor-violencia) y estos correlacionan con las ideas sexistas, sobre todo con aquellas que son más vejatorias con la mujer como las que evalúa el *sexismo hostil*, tal y como se muestran en otros estudios (Rodríguez-Castro et al., 2015).

Por otro lado, también se encontraron diferencias entre el alumnado de 1º de ESO y el de 4º de ESO, presentando diferencias significativas en la escala total ASI y en el *sexismo benévolo*, pero no así en el hostil. Estos datos vienen a ratificar los resultados de otros estudios en los que también se observa que

los y las adolescentes a mayor edad tienen tendencia a mostrarse menos favorables hacia las creencias sexistas, además de comprender que estas creencias están mal vistas en la sociedad (Rojas & Moreno, 2016; Ubillos et al., 2017).

Por último, en relación a la variable de la orientación sexual, hemos podido observar que existen diferencias significativas en todas las escalas (*ASI total*, *sexismo benévolo* y *sexismo hostil*) entre heterosexuales y homosexuales, y en las escalas *ASI total* y *sexismo benévolo* entre heterosexuales y bisexuales. No existieron diferencias significativas entre homosexuales y bisexuales. Estos datos pueden deberse a que las orientaciones no heterosexuales no estén de acuerdo con las normas heteronormativas patriarcales, dado que ellas ya de por sí no cumplen estos roles; aunque si bien es cierto, y tal y como venimos diciendo, es necesario tomar estos datos con precaución.

Para finalizar, queremos reseñar que tal y como se muestra en el estudio realizado por Carretero y Nolasco (2016), estas actitudes sexistas presentes en la población adolescente se siguen perpetuando a través de la educación generacional, y va estar influida por el género del educador; de tal modo que los chicos al pasar al ser profesores o educadores tienen una mayor probabilidad de transmitir una ideología sexista a su alumnado que las chicas. En base a ello, como apuntan estos autores, es de suma importancia la preparación del educador o docente para erradicar estas ideas sexistas e impedir que se sigan transmitiendo de generación a generación.

### **12.4.3. Actitudes de doble moral.**

En el análisis de las actitudes de doble moral sexual que presentan los y las adolescentes de la provincia de Málaga, se puede observar que los chicos poseen en mayor medida una doble moral que las chicas, estos datos se corresponden con otros estudios actuales (Emmerink, Vanwesenbeeck, van den Eijnden, & ter Bogt, 2015; Ubillos et al., 2016). Esto lo situamos referido a que son los chicos los que salen reforzados de ese ideario de doble moral. Aunque sin ser una cosa consciente de ellos y ellas como adolescentes, esta doble moral viene reforzada por esa sociabilización patriacal que aún tenemos hoy en día en España, y en la sociedad occidental (Kreager, Staff, Gauthier, Lefkowitz, & Feinberg, 2016).

Si nos fijamos en las diferencias de curso, existen diferencias significativas entre el alumnado de 1º de ESO con el de 2º, el de 3º y el de 4º de ESO. Esta diferencia puede venir a consecuencia de que se adhieren menos a las ideas machistas de doble moral conforme más edad tienen (Ubillos et al., 2016). También a que en los últimos dos cursos, como ya se comentó con anterioridad, han tenido educación sexual en los institutos.

La última variable con la que se relacionó fue con la orientación sexual, en este caso sólo hubo diferencias significativas entre los heterosexuales y los homosexuales, siendo aquellos los que se adherían mayormente a la doble moral sexual heteronormativa.

### **12.5. Describir las fuentes de donde obtienen los y las adolescentes la mayor parte de la información sexual.**

Tal y como muestran los resultados de este estudio, los y las adolescentes recurren mayoritariamente, como primera fuente de información sobre sexualidad, a Internet, seguido de los amigos; algo por detrás se sitúa el instituto y tras éste “padres y madres”. En referencia con otros estudios, Internet ha ganado mucha importancia a la hora de ser consultado por los jóvenes, habiendo bajado en los últimos años respecto a otros estudios, el peso de la información obtenida a través de profesionales (profesores, enfermeros, médicos, etc.) y de los padres y madres (Larrañaga et al., 2014; Molina et al., 2015). La importancia que está tomando Internet en la vida sexual de los y las adolescentes, como se observan en los datos, es preocupante. Debida dicha preocupación a que se están aumentando los casos de sexting y cibersexo, prácticas que ellos mismos asocian con conductas de acoso sexual y con la difusión de imágenes o videos pornográficos a través de Internet (Fajardo et al., 2013; Folch et al., 2015).

Por otro lado, nos llama la atención que la educación sexual aparezca en quinto puesto con aproximadamente un 10% del alumnado que la referencia como primera fuente de información. Aunque pudiese estar influenciado por el hecho de que el alumnado de primero y segundo no ha recibido aún educación sexual, es aún así preocupante. Estos datos pueden estar relacionados con la percepción negativa que los y las adolescentes tienen sobre la educación sexual, sintiéndola como vergonzante y alejada de sus intereses (Pound et al., 2016).

A su vez, llama la atención cómo algunos señalan obtener esa información de la pornografía, teniendo en cuenta que son todos y todas menores de edad; o de la naturaleza, lo que implica que den por sabidos conocimientos que no poseen. También es de reseñar que aproximadamente un 2% afirma no obtener, poseer o buscar ninguna información sobre sexualidad en ningún sitio. Ésta situación en adolescentes que están en el despertar sexual por el ciclo biológico natural es preocupante, ya que se

enfrentarán a todos los cambios y procesos sin información que les haga disfrutar de su sexualidad de forma holística y positiva.

### **12.6. Valorar la adecuación del programa de educación sexual que reciben los y las escolares malagueños y malagueñas en materia de educación sexual.**

Para finalizar hemos de valorar la adecuación del programa de educación sexual que reciben los y las adolescentes malagueños y malagueñas. Antes queremos destacar la percepción sobre la educación sexual que ellos mismos poseen. Llama la atención que aproximadamente un 18% consideren que no tienen una buena educación sexual (no; poca; muy poca). Por el lado contrario, un 70% tiene la percepción de tener una buena educación sexual (sí; buena; muy buena). En estos datos hay que tener presente que tanto el alumnado de 1º como el de 2º de ESO no ha tenido aún una educación sexual formal, en el centro al que pertenecían, y aun así hay una mayoría que dice estar bien informada. A pesar de ello, un estudio de varios países demostró recientemente que los y las adolescentes sienten la educación sexual lejana a sus intereses (Pound et al., 2016), aunque crean estar bien informados.

Una vez reseñados estos datos pasaremos a valorar el programa “*Forma Joven*”, en función de los datos que tenemos. Se ha de decir de antemano que la mayoría de los programas de educación sexual se miden en conductas de riesgo y conocimientos. Pero desde la visión que se defiende en la presente tesis doctoral sobre la sexología, no sería del todo correcta ni global esta evaluación ya que no valoraría las actitudes y las creencias que posee el alumnado, que es el segundo bloque de la educación afectivo-sexual. En base a esto analizaremos ambas por separado para terminar en una visión global.

- **Conductas de riesgo y conocimientos:** Según los datos de este estudio el programa “*Forma Joven*” en la provincia de Málaga no es efectivo ni eficiente con los recursos que tiene. En función de las conductas de riesgo, vemos que el alumnado del presente estudio

sigue teniendo factores de riesgo (inicio precoz de las relaciones sexuales, inicio precoz de las relaciones de noviazgo) y conductas de riesgo (uso inconstante del preservativo, no usar métodos anticonceptivos en la primera relación sexual). En relación con los conocimientos, podemos ver como los y las adolescentes del presente estudio poseen un conocimiento medio sobre el VIH y otras ITS, siendo esto a su vez otro factor de riesgo a tener en cuenta.

- **Actitudes y mitos que influyen en la educación sexual:** Si nos fijamos en estos aspectos, los cuales normalmente no son mirados a la hora de evaluar los programas educativos sobre sexualidad, vemos que en este caso el programa “Forma Joven” tampoco es muy eficiente a tenor de los resultados. Podemos decir que a pesar de existir una conciencia social colectiva cada vez más integradora y feminista, los y las adolescentes siguen teniendo ideas erróneas y actitudes negativas. Como hemos observado en esta investigación, el alumnado estudiado mantiene aún en la actualidad los mitos sobre el amor romántico y varios mitos en los que la violencia está presente, además de tener falsas creencias sobre las ITS. A su vez, observamos actitudes sexistas, sobre todo en un sexismo benévolo, mediante el que se le encorseta a la mujer bajo una mirada positiva en un único rol heterosexual, dentro del matrimonio y la maternidad. Estas actitudes acompañadas, del nivel mostrado en doble moral, hace que las mujeres, aun hoy en día sean diferenciadas por los y las adolescentes dentro de las categorías de “santas” o “promiscuas”. Por último, y en contrapartida con las actitudes negativas anteriormente expuestas, se ha observado que presentan unas actitudes positivas hacia la sexualidad tanto chicos como chicas, aunque los chicos siguen siendo más erotofílicos que las chicas. De este modo, se demuestra que a nivel de contenidos actitudinales, no es efectivo el programa “*Forma Joven*”, ya que no ha conseguido eliminar estas

diferencias, aunque se haya producido un acercamiento en las actitudes entre los dos géneros como se han visto en otros estudios (Diéguez et al., 2005), pero no es suficiente (Carrera et al., 2013; Lima et al., 2012; Lobato et al., 2016). Este proceso de avance hacia la igualdad de actitudes, se debe en gran parte al cambio social que ha vivido este país en los últimos años, más que al cambio introducido por los programas de educación sexual.

Antes de finalizar queremos destacar que es necesario analizar estos datos en profundidad y detectar qué se está haciendo mal en la educación sexual, ya que los y las adolescentes tienen una desinformación elevada en lo que a salud sexual se refiere. Esta población se caracteriza por el acceso fácil y rápido a una gran cantidad de información sexual a través de las redes sociales, no siendo ésta siempre verídica ni constructiva, por lo que se hace indispensable que las bases de una sexualidad positiva estén ya instauradas antes.

Se ve imprescindible el análisis sobre los puntos en los que falla la educación sexual, y como educadores afectivo-sexuales, para que los y las adolescentes no estén bien formados en sexualidad. Es por ello que se ha de hacer hincapié en las estrategias de prevención a seguir para evitar las ITS, para evitar la violencia de género, y erradicar o minimizar al máximo las conductas de riesgo por ellos mismo. Otra labor principal de la enfermería es la promoción de la salud, como venimos diciendo a lo largo de la presente tesis doctoral, y dentro de ella de una sexualidad saludable y positiva. En base a este principio se han de dar herramientas personales a los y las adolescentes para que puedan vivir su sexualidad de forma libre, positiva y de la manera que deseen. Darles herramientas para que destierren los mitos y falsas creencias que entorpecen la educación sexual que reciben y que adopten actitudes hacia la sexualidad, ni sexistas ni de doble moral, si no actitudes positivas e integradoras. Por lo tanto, promocionar desde el colectivo enfermero una sexualidad holística que la sientan como positiva y constitutiva de su persona.



En modo de conclusión, queremos aportar desde este estudio, que se hace necesario que un aspecto tan importante como es la educación sexual se realice mediante enfermeros y enfermeras, o demás personal educativo, especializados en sexología, sin transferencia de los ideales propios, y con una metodología dinámica y activa que haga partícipe al adolescente de su propio aprendizaje y responsable de su salud sexual; promoviendo una actitud abierta y positiva ante la sexualidad, siempre saludable, basada en el respeto y la identidad propia de cada uno y cada una como ser sexuado y/o sexuada.



## CAPÍTULO 13

### **LIMITACIONES**



Hay que señalar las siguientes limitaciones:

Los hallazgos del estudio deben ser interpretados con cautela con respecto a su generalización. Aunque el tamaño de la muestra pueda ser representativa de la provincia de Málaga en institutos públicos no así de la población adolescente de la Comunidad Autónoma de Andalucía, y quizás tampoco de los y las adolescentes que estudian en centros privados o concertados.

A su vez, se ha de comentar que la selección de la población responde a un muestreo incidental, presuponiéndole a los centros escogidos una mayor concienciación de la importancia de la educación sexual de los y las adolescentes, puesto que no rechazaron la investigación, y otros sí.

Respecto a la distribución de la muestra, no fue equitativa entre el medio rural y urbano. De igual modo la distribución por curso tampoco fue equitativa, puesto que se trataba de un muestreo incidental que junto con el rechazo de algunos padres, madres y centros para que la investigación se llevara a cabo en los alumnos y alumnas de 1º y 2º de E.S.O., dificulta la generalización de los resultados. Hay que tener en cuenta que la base de las actitudes sexuales viene propiciada por la educación sexual recibida en el hogar, de ahí que las actitudes sexuales de los y las adolescentes están muy condicionadas por las actitudes sexuales de sus padres y madres.

A tenor de lo anterior, otra limitación respecto a la población fue que en ella no participaron adolescentes con discapacidad o de centros educativos especiales, al igual que tampoco se estudió la población no escolarizada o con educación privada.

Referente a las variables, queremos destacar que hemos tenido la limitación de acotar el número de variables de estudio y de instrumentos, debido a que el cansancio y la fatiga de los y las adolescentes en la realización de cuestionarios podían alterar los resultados, al no terminar de contestar o contestar sin pensar.

Por último, es importante apuntar que el cuestionario EMA posee una fiabilidad baja ( $\alpha=0,506$ ), siendo esto una limitación importante a la hora de los resultados científicos; a pesar de ello, decidimos elegirlo pues era necesario medir esa esfera de la sexualidad, como son los mitos románticos.

Al ser un estudio cuantitativo no se ha podido escuchar directamente el discurso de los y las adolescentes sobre los aspectos que versa la tesis por lo que se podría completar el trabajo con una fase cualitativa que mejore la interpretación de los resultados.

## CAPÍTULO 14

# CONCLUSIONES





Tras la discusión de los principales resultados obtenidos en la presente tesis doctoral, en este apartado se exponen las conclusiones más importantes (se presentan siguiendo el mismo orden que la discusión, que a su vez se adecua a los objetivos planteados):

1. El perfil de nuestro alumnado se correspondió a aproximadamente con el mismo número de chicos que de chicas, con una edad media en torno a los 15 años, de orientación predominantemente heterosexual, y que en más de la mitad de los casos han tenido pareja. Dentro del porcentaje que se declara activo sexualmente, se da un inicio precoz en las relaciones sexuales ( $M=14,53$  años), y no todos ni todas utilizan métodos anticonceptivos.
2. Se perfila Internet como medio nuevo y poderoso para ser la fuente de información sexual para las nuevas generaciones. Además, empiezan a tener acceso a medios no adecuados para ellos y ellas como puede ser la pornografía.
3. La población de estudio posee un conocimiento medio sobre el VIH y otras ITS. Por otro lado, se confirma que el curso académico, el género, la edad y la orientación sexual no influyen en los conocimientos sobre el VIH y las ITS. Es por ello, prioritario un plan de actuación en éste área con el objetivo de entender mejor qué influye en una educación sexual efectiva, para conseguir prevenir la transmisión del VIH y de otras ITS.
4. EMS (Escala de Mitos sobre la Sexualidad) presenta parámetros adecuados para ser utilizada en educación sexual con adolescentes y en investigación. Por otro lado, los resultados obtenidos son relevantes y ponen de manifiesto la perdurabilidad de los mitos románticos en los adolescentes, así como otra clase de mitos sobre la sexualidad, que tergiversan y entorpecen la educación sexual recibida, ya que no se edifica sobre conocimientos reales. Se confirma, de igual modo, la necesidad de que tengan una educación sexual temprana y de calidad, para poder evitar éstos. De los problemas de la investigación se extrae

que la presencia de mitos es algo coercitivo para las nuevas generaciones y que está presente en la sociedad a mayor escala.

5. Se confirma con los datos de este estudio, como algunas variables sociodemográficas influyen en la respuesta ante los estímulos sexuales de los adolescentes, como el curso, la edad, el género y la orientación sexual. En contrapartida a una población con actitudes generalmente positivas hacia la sexualidad, se corrobora la presencia de sexismo, tanto hostil como benévolo, y de actitudes de doble moral sexual en la población estudiada; y se establece una relación entre estas actitudes y características sociodemográficas como el género, el curso y la orientación.
6. Se ha analizado la adecuación del programa “*Forma Joven*” y se ha visto que es deficiente tanto en los conocimientos y las conductas de riesgo que tienen los y las adolescentes como en las actitudes que demuestran estos. Es por ello necesario revisar dónde está el fallo para poder dar una educación holística e integral y que los programas de educación sexual sean eficientes y eficaces, además de respetuosos con todas las realidades sexuales de la población adolescente.
7. Para finalizar, y en base al objetivo general “*explorar si la formación en sexualidad –conceptos, actitudes, conductas de riesgo, infecciones de transmisión sexual, violencia de género- que poseen los y las adolescentes de Málaga es adecuada, holística, positiva y saludable*”, se puede concluir que la educación sexual actual recibida por los y las adolescentes de Málaga no cumple los requisitos de ser totalmente: adecuada (no tienen todos los conocimientos necesarios para su desarrollo personal ni en concordancia con su tiempo); holística (no se considera la sexualidad como parte integral del ser humano sino que se ve encasillada por temas); positiva (no se muestra una sexualidad abierta, como parte de los derechos de cada persona, y que es algo para disfrutarla y vivirla); ni saludable (este es el requisito que se cumple en mayor medida aunque la salud también pasa por la promoción, no

sólo por la falta de enfermedad o prevención, y es ahí donde no se termina de cumplir en la educación sexual). En base a lo expuesto, se ve importante que tanto los niños y las niñas como los adolescentes y las adolescentes españoles reciban una correcta y temprana educación sexual, que resalte actitudes positivas ante la sexualidad y que la desmitifiquen, para que tengan un desarrollo sexual personal gratificante y como parte integradora de su identidad.



## CAPÍTULO 15

# PROSPECTIVA



Para investigaciones futuras, habría que investigar las necesidades de formación en sexualidad en poblaciones de adolescentes con características diferentes a la muestra (colegios privados, concertados, de áreas de exclusión social...), además de realizar un estudio con todos los cursos académicos para poder saber cómo son estas necesidades en los y las adolescentes más pequeños. Al ser este estudio transversal y no poder saber cómo han evolucionado los conocimientos, mitos y actitudes, se debería realizar en años futuros nuevas investigaciones para analizar este fenómeno.

También se deberían analizar otras variables, que debido al poco tiempo del que disponían los y las adolescentes, y de la cantidad de instrumentos que debían rellenar se suprimieron. Se debería conocer variables como el estatus social/económico de los padres y madres; la violencia de género entre la muestra; percepción de la misma; las minorías sexuales, y otras que no se pudieron analizar. A la misma vez que se deberían analizar las variables medidas en este estudio (actitudes sexuales, doble moral, sexismo, conocimientos sobre VIH e ITS, etc.) y otras pertinentes, en los padres y madres para contrastarlas con las encontradas en los y las adolescentes. Estos datos proporcionarían mucha información sobre el entorno familiar del alumnado.

Respecto a la vía de conocimientos sobre ITS y VIH, pensamos que sería importante investigar porqué los y las adolescentes a pesar de tener la información no la interiorizan como conocimientos, y buscar nuevas formas de mostrarles estos conocimientos para que los adquieran y puedan evitar los problemas o complicaciones derivados de un mal manejo de dicha información.

Por otro lado, para futuras investigaciones se ha de estudiar el efecto de una educación afectivo-sexual positiva y diversa y de forma dinámica en dicha población, para observar si se produce algún cambio en las actitudes sexuales de los adolescentes.

Como conclusión, consideramos que la línea más importante a seguir es invertir en personal docente cualificado en sexología, en medios y recursos

para crear un plan de actuación en éste área, con el objetivo de entender mejor qué factores influyen en una educación efectiva, y qué o cómo hay que hacer para que se refleje en educación sexual adquirida.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



## Referencias bibliográficas

- Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. New York: Doubleday.
- Amezúa, E. (1999). *Teoría de dos sexos: La letra pequeña de la sexología*. Madrid: Revista Española de Sexología(95-96).
- Amezúa, E. (2004). La línea política de la Reforma sexual: Memoria histórica y planes de futuro. *Anuario de Sexología*(8), 157-172.
- Aranda, M., Montes-Berges, B., & Castillo-Mayén, M.-R. (2015). La orientación a la dominancia social en la adolescencia: el papel de la identidad de género y los rasgos estereotípicos femeninos y masculinos. *Revista de Psicología Social*, 30(2), 241-263. doi:[10.1080/21711976.2015.1016752](https://doi.org/10.1080/21711976.2015.1016752)
- Arbeit, M., Fisher, C., Macapagal, K., & Mustanski, B. (2016). Bisexual Invisibility and the Sexual Health Needs of Adolescent Girls. *LGBT Health*, 3(5), 342-349. doi:[10.1089/lgbt.2016.0035](https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0035)
- Área de vigilancia del VIH y conductas de riesgo. (2015a). *Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 1995-2013*. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología/Subdirección General de Promoción de la salud y Epidemiología - Plan Nacional sobre el Sida. Recuperado de: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/Vigilancia ITS 1995 2013.pdf>
- Área de vigilancia del VIH y conductas de riesgo. (2015b). *Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida*. Madrid: S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología. Centro Nacional de Epidemiología. ISCIII. Recuperado de: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIH SIDA 2015.pdf>

- Arias, C. J., & Iacub, R. (2013). ¿POR QUÉ INVESTIGAR ASPECTOS POSITIVOS EN LA VEJEZ? CONTRIBUCIONES PARA UN CAMBIO DE PARADIGMA. *Publicatio UEPG: Ciências Humanas, Linguística, Letras e Artes*, 21(2), 271-281. doi:[10.5212/PublicatioHuma.v.21i2.00012](https://doi.org/10.5212/PublicatioHuma.v.21i2.00012)
- Arnaiz, A. (2002). Sobre el hecho sexual humano: la construcción sexual de la realidad. *Revista Española de Sexología*(111), 1-217.
- Asamblea General de la Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de los Derechos humanos*. Paris: ONU. Recuperado de: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- Asociación Médica Mundial. (2013). *Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Fortaleza: Asociación Médica Mundial. Recuperado de: [http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=\[page\]/\[toPage\]](http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=[page]/[toPage])
- Ayuso, L., & García, L. (2014). *Los españoles y la sexualidad en el siglo XXI*. Madrid: CIS - Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Baiocco, R., Ioverno, S., Lonigro, A., Baumgartner, E., & Laghi, F. (2015). Suicidal Ideation among Italian and Spanish Young Adults: The Role of Sexual Orientation. *Archives of suicide research*, 19, 75-88. doi:[10.1080/13811118.2013.833150](https://doi.org/10.1080/13811118.2013.833150)
- Barberá, E. (1998). *Psicología del género*. Barcelona: Ariel Psicología.
- Barbero, M. I. (1997). *Psicometría II. Métodos de elaboración de escalas*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Barragán, F. (1994). *La educación sexual: Guía teórica y práctica*. Barcelona: Paidós Iberica.

- Barragán, F. (1996). *La educación afectivo-sexual en Andalucía: Evaluación cualitativa de programas*. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer, Consejería de la Presidencia.
- Barragán, F. (1997). *Sexualidad y currículum: Una perspectiva interdisciplinar*. Santiago de Compostela: Tórculo.
- Barragán, F., & Bredy, C. (1993). *Niños, niñas, maestros, maestras: Una propuesta de educación sexual*. Sevilla: Díada.
- Bascón, M. (2013). Conflictividad y violencia de género en adolescentes. Un estudio discursivo del ajuste psicológico en escenarios socioculturales. *Prisma Social: revista de investigación social*(11), 260-293.
- Basson, R. (2002). Women's Sexual Desire—Disordered or Misunderstood? *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28(1), 17-28. doi:[10.1080/00926230252851168](https://doi.org/10.1080/00926230252851168)
- Bejarano, M., & Mateos, A. (2016). La educación afectivo-sexual en el sistema educativo español: análisis normativo y posibilidades de investigación. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*, 10(esp), 1507-1521.
- Belgich, H. (2008). *Subjetividad y violencia urbana (clase, género y racismo)*. Rosario: Labor Editor.
- Bermúdez, M. P., Ramiro-Sánchez, T., & Ramiro, M. T. (2014). Capacidad predictiva de la erotofilia y variables sociodemográficas sobre el debut sexual. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 5(1), 55-70.
- Bermúdez, M., Castro, A., Madrid, J., & Buela-Casal, G. (2010). Análisis de la conducta sexual de adolescentes autóctonos e inmigrantes latinoamericanos en España. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(1), 89-103.

- Bogaert, A. F. (2004). Asexuality: prevalence and associated factors in a national probability sample. *The Journal of Sex Research*, 41(3), 279–287.
- Bonino, L. (1995). Desvelando los micromachismos en la vida conyugal. En J. Corsi (Eds.), *Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención* (págs. 191-208). Buenos Aires: Paidós.
- Bosch, E., Ferrer, V., García, E., Ramis, C., Mas, M., Navarro, C., & Torrens, G. (2007). *Del mito del amor romántico a la violencia contra las mujeres en la pareja*. Instituto de la Mujer. Ministerio de Igualdad. Palma: Universidad de les Illes Balears.
- Bransky, S. (2003). *Manual de psicología y psicopatología dinámicas* (3ª Ed ed.). Madrid: Panamericana.
- Britzman, D. P. (2005). Educación precoz. En S. Talburt, & R. Shirley (Eds.), *Pensando Queer: Sexualidad, cultura y educación* (págs. 51-76). Barcelona: Graó.
- Bueno, F. (2013). Análisis procesal de la violencia de género ejercida a través de internet. En A. Gallardo Rodríguez (Eds.), *Violencia de género e igualdad: una cuestión de derechos humanos* (págs. 11-21). Granada: Comares.
- BZgA/WHO Regional Office for Europe. (2010). *Estándares de Educación Sexual para Europa*. Madrid: Madrid Salud.
- Cabello, F. (2010). *Manual de sexología y terapia sexual*. Madrid: Síntesis.
- Cabrera, R., & Guerra, M. (2014). Evaluación de la conducta sexual en un grupo de adolescentes de la Isla de la Palma. *Canarias Pediátrica*, 38(3), 119-123.

- Calatrava, M., López-Del Burgo, C., & de Irala, J. (2012). Factores de riesgo relacionados con la salud sexual en los jóvenes europeos. *Medicina Clínica*, 138(12), 534-540. doi:[10.1016/j.medcli.2011.07.020](https://doi.org/10.1016/j.medcli.2011.07.020)
- Camacho, L. B. (2011). TEORÍAS SEXUALES INFANTILES EN NIÑOS Y NIÑAS. *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR* (págs. 54-57). Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Can, A., Sarabia, B., & Guerrero, J. (2015). Factores psicológicos y socioculturales en la vida sexual de los adultos mayores. *Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud*, 4(8), 73-88.
- Caron, S., Davis, C., Halteman, W., & Stickle, M. (1993). Predictors of condom-related behaviors among first-year college students. *The Journal of Sex Research*, 30(3), 252-259. doi:[10.1080/00224499309551709](https://doi.org/10.1080/00224499309551709)
- Carpintero, E., & Fuertes, A. (1994). Validación de la versión castellana del «Sexual Opinion Survey» (SOS). *Cuadernos de medicina psicosomática*, 31, 52-61.
- Carrera, M., Lameiras, M., & Rodríguez, Y. (2007). Intervención y evaluación de un programa de educación afectivo-sexual con padres/madres de adolescentes en la escuela. *Diversitas: perspectivas en psicología*, 3(2), 191-202.
- Carrera, M., Lameiras, M., & Rodríguez, Y. (2013). Hacia una educación sexual que todavía es posible. *Informació Psicològica*(103), 4-14.
- Carrera, M., Rodríguez, Y., Lameiras, M., Vallejo, P., & Alonso, P. (2013). Actitudes hacia la diversidad sexual en estudiantes de secundaria españoles. *Revista Iberoamericana de Salud y Ciudadanía*, 2(2), 110-128.

- Carretero, R., & Nolasco, A. (2016). La influencia del sexismo en la práctica docente. Sexismo y formación inicial del profesorado. En M. d. Pérez-Fuentes, J. J. Gázquez, M. d. Molero, Á. Martos, M. d. Simón, & A. B. Barragán, *Variables Psicológicas y Educativas para la intervención en el ámbito escolar* (Vol. II, págs. 21-28). España: ASUNIVEP.
- Casero, I. (2008). Educación para la salud. *Revista Digital Enfoques Educativos*(16), 48-53.
- Castañeda, M. (2002). *El machismo invisible*. México: Grijalbo.
- Clemente, M. (2013). La redifinición del rol del varón: Las nuevas masculinidades. *Revista Iberoamericana de Salud y Ciudadanía*, 2(2), 9-36.
- Colomer, J., & Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. (2013). Prevención del embarazo en la adolescencia. *Pediatría Atención Primaria*, XV(59), 261-269.
- Consejería de Salud. (2001). *Plan de atención a los problemas de salud de los jóvenes en Andalucía*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Constantine, L. L., & Martinson, F. M. (1981). *Children and sex : new findings, new perspectives*. Boston: Little, Brown and Company.
- Constitución Española. *Boletín Oficial del Estado*. Madrid, 29 de diciembre de 1978, núm. 311, pp. 29313 a 29424. Recuperado de: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1978-31229](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1978-31229)
- Coontz, S. (2005). *Historia del matrimonio. Cómo el amor conquistó el matrimonio*. Barcelona: Gedisa.
- Cordón-Colchón, J. (2008). Mitos y creencias sexuales de una población adolescente de Almendralejo. *Matronas Profesión*, 9(3), 6-12.



- Corona, F., & Funes, F. (2015). Abordaje de la sexualidad en la adolescencia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26, 74-80. doi:[10.1016/j.rmcl.2014.12.004](https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2014.12.004)
- Corral, L., Mármol, B., & Vázquez, B. (2016). Conocimientos, conductas y fuentes de información sobre la salud sexual en adolescentes de un municipio gallego. *Metas de enfermería*, 19(1), 60-67.
- Crooks, R., & Baur, K. (2010). *Nuestra Sexualidad* (10ª Ed. ed.). México: CENGAGE LEARNING.
- Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., de Looze, M., Roberts, C., . . . Barnekow, V. (2012). *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Recuperado de: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf)
- De la Cruz Martín-Romo, C. (2003). Educación de las Sexualidades: los puntos de partida de la educación sexual. *Revista Española de Sexología*, 119, 1-122.
- de la Osa, Z., Andrés, S., & Pascual, I. (2013). Creencias adolescentes sobre la violencia de género. Sexismo en las relaciones entre adolescentes. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 3(3), 265-275. doi:[10.1989/ejihpe.v3i3.49](https://doi.org/10.1989/ejihpe.v3i3.49)
- del Río, F. J., Cabello, F., Cabello, M. A., & López Vega, D. J. (2012). SOSPECHA (Sexual Opinion Survey en Población Española Con Historial de Adicciones). *Revista Internacional de Andrología*, 10(4), 125-131. doi:[10.1016/S1698-031X\(12\)70068-7](https://doi.org/10.1016/S1698-031X(12)70068-7)
- del Río, F. J., López Vega, D. J., & Cabello, F. (2013). Adaptación del cuestionario Sexual Opinion Survey: Encuesta Revisada de Opinión

Sexual. *Revista Internacional de Andrología*, 11(1), 9-16.  
doi:[10.1016/j.androl.2012.09.003](https://doi.org/10.1016/j.androl.2012.09.003)

DeLamater, J., & Friedrich, W. N. (2002). Human Sexual Development. *The Journal of Sex Research*, 39, 10-14. doi:[10.1080/00224490209552113](https://doi.org/10.1080/00224490209552113)

Díaz-Aguado, M., Martínez, R., & Martín, G. (2004). *Prevención de la violencia y lucha contra la exclusión desde la adolescencia*. Madrid: INJUVE.

Díaz-Aguado, M., Martínez, R., & Martín, J. (2013). *La evolución de la adolescencia española sobre la igualdad y la prevención de la violencia de género*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.  
Recuperado de:  
[http://xuventude.xunta.es/uploads/docs/Observatorio/La\\_evolucion\\_de\\_la\\_adolescencia\\_espaola\\_sobre\\_la\\_igualdad\\_y\\_la\\_prevencion\\_de\\_la\\_violencia\\_de\\_gnero.pdf](http://xuventude.xunta.es/uploads/docs/Observatorio/La_evolucion_de_la_adolescencia_espaola_sobre_la_igualdad_y_la_prevencion_de_la_violencia_de_gnero.pdf)

Díaz-Aguado, M., & Martínez Arias, M. (2001). *La construcción de la igualdad y la prevención de la violencia contra la mujer desde la educación secundaria*. Madrid: Instituto de la Mujer.

Diéguez, J., López, A., Sueiro, E., & López, F. (2005). Propiedades psicométricas de la escala de actitudes hacia la sexualidad (ATSS) ampliada. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*(74), 46-56.

Diéguez, J., Sueiro, E., & López, F. (2005). Métodos de protección y el doble estándar sexual. *Actas VIII Congreso Galaico Portugués de Psicopedagogía* (págs. 2515-2522). Braga: Universidade do Minho; Universidade da Corunha.

Donoso, T., Vilà, R., Rubio, M., & Prado, N. (2016). Perfil de cibervictimización ante las violencias de género 2.0. *Femeris*, 1(1-2), 35-57.  
doi:[10.20318/femeris.2016.3226](https://doi.org/10.20318/femeris.2016.3226)

- Donoso-Vázquez, T., Rubio, M., & Vilà, R. (2016). Violencia patriarcales en los entornos virtuales. Un estudio con adolescentes. *Revista Espaço do Currículo*, 9(1), 7-17. doi: [10.15687/rec.2016.v9i1.007017](https://doi.org/10.15687/rec.2016.v9i1.007017)
- Ebel, R. L. (1965). *Measuring educational achievement*. New Jersey: Prentice Hall: Englewood Cliffs.
- Emmerink, P., Vanwesenbeeck, I., van den Eijnden, R., & ter Bogt, T. (2015). Psychosexual Correlates of Sexual Double Standard Endorsement in Adolescent Sexuality. *The Journal of Sex Research*, 53(3), 286-297. doi:[10.1080/00224499.2015.1030720](https://doi.org/10.1080/00224499.2015.1030720)
- Equipo Harimaguada. (1995). Carpetas didácticas y guías de formación de padres y madres. En *Materiales curriculares de educación afectivo-sexual* (Vol. 4, págs. 129-132). Sevilla: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Escuela Andaluza de Salud Pública. (2009). *Guía Forma Joven: Forma Joven, una estrategia de salud para adolescentes y jóvenes de Andalucía*. Sevilla: Junta de Andalucía. Recuperado de: [http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c\\_3\\_c\\_1\\_vida\\_sana/adolescencia/guia\\_forma\\_joven2009.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/adolescencia/guia_forma_joven2009.pdf)
- Escuela Andaluza de Salud Pública. (s. f). *Guía Forma Joven: Educación para la sexualidad*. Sevilla: Junta de Andalucía. Recuperado de: [http://www.formajoven.org/AdminFJ/doc\\_recursos/20135911231256.pdf](http://www.formajoven.org/AdminFJ/doc_recursos/20135911231256.pdf)
- Espada, J., Quiles, M., & Méndez, F. (2003). Conductas sexuales de riesgo y prevención del SIDA en la adolescencia. *Papeles del Psicólogo*, 24(85), 29-36.
- Espada, J., Escribano, S., Orgilés, M., Morales, A., & Guillén-Riquelme, A. (2015). Sexual risk behaviors increasing among adolescents over time: comparison of two cohorts in Spain. *AIDS Care*, 27(6), 783-788. doi:[10.1080/09540121.2014.996516](https://doi.org/10.1080/09540121.2014.996516)

- Espada, J., Guillén-Riquelme, A., Morales, A., Orgilés, M., & Sierra, J. (2014). Validación de una escala de conocimiento sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual en población adolescente. *Atención Primaria*, 46(10), 558-564. doi:[10.1016/j.aprim.2014.03.007](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.03.007)
- Esteva, I., Asenjo, N., Hurtado, F., Fernández, M., Vidal, Á., Moreno-Pérez, Ó., . . . Grupo GIDSEEN. (2015). Documento de posicionamiento: disforia de género en la infancia y la adolescencia. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (GIDSEEN). *Endocrinología y Nutrición*, 62(8), 380-383. doi:[10.1016/j.endonu.2015.03.004](https://doi.org/10.1016/j.endonu.2015.03.004)
- Expósito, F., Moya, M., & Glick, P. (1998). Sexismo ambivalente: medición y correlatos. *Revista de Psicología Social*, 13(2), 159-169. doi:[10.1174/021347498760350641](https://doi.org/10.1174/021347498760350641)
- Fajardo, M., Gordillo, M., & Regalado, A. (2013). Sexting: nuevos usos de la tecnología y la sexualidad en adolescentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, INFAD Revista de Psicología*, 1(1), 521-534. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10662/958>
- Fajardo, C., Gómez, B., & Guerrero, A. (2014). *Mitos y creencias sobre la sexualidad en los adolescentes de Baños. Cuenca 2014*. (Tesis de doctorado). Universidad de Cuenca, Cuenca. Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20943/1/TESIS.pdf>
- Fallas, M., Artavia, C., & Gamboa, A. (2012). Educación sexual: Orientadores y orientadoras desde el modelo biogáfico y profesional. *Revista Electrónica Educare*, 16(Especial), 53-71.
- Fernández, R. (2014). *Igualdad, violencia de género y salud en los estudiantes de la universidad de Málaga*. (Tesis de doctorado). Universidad de Málaga, Málaga. Recuperado de: <http://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/8564>

- Fernández, J. (1996). *Varones y mujeres: Desarrollo de la doble realidad del sexo y del género*. Madrid: Ediciones Pirámides.
- Ferrer, V., Bosch, E., & Navarro, C. (2010). Los mitos románticos en España. *Boletín de Psicología*(99), 7-31.
- Ferrer, V., Bosch, E., Navarro, C., Ramis, C., & García, E. (2008). El concepto de amor en España. *Psicothema*, 20(4), 589-595.
- Ferrer, F. (1988). *Cómo educar la sexualidad en la escuela*. Barcelona: CEAC.
- Figari, C. E. (2007). *Sexualidad, religión y ciencia: discursos científicos y religiosos acerca de la sexualidad*. Córdoba, Argentina: Editorial Brujas.
- Fisher, W., White, L., Byrne, D., & Kelley, K. (1988). Erotophobia-erotophilia as a dimension of personality. *The Journal of Sex Research*, 25, 123-151. doi: 10.1080/00224498809551448
- Flores, Y. (2015). *Perspectiva infantil de la sexualidad, un camino de construcción social, estudio fenomenológico hermenéutico de los niños y niñas de 4 años de edad, de la sala I del C.E.I. Bárbula II*. (Trabajo especial de Grado). Universidad de Carabobo, Bárbula. Recuperado de: <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/2941/yflores.pdf?sequence=3>
- Folch, C., Álvarez, J., Casabona, J., Brotons, M., Castellsagué, X., & Grupo Jóvenes e Internet. (2015). Determinantes de las conductas sexuales de riesgo en jóvenes de Cataluña. *Revista Española de Salud Pública*, 89(5), 1-11. doi:[10.4321/S1135-57272015000500005](https://doi.org/10.4321/S1135-57272015000500005)
- Fonner, V., Armstrong, K., Kennedy, C., O'Reilly, K., & Sweat, M. (2014). School Based Sex Education and HIV Prevention in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*, 9(3), e89692. doi:[10.1371/journal.pone.0089692](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089692)
- Font, P. (1990). *Pedagogía de la sexualidad*. Barcelona: Graó.

- Foucault, M. (1976). *Historia de la Sexualidad*. Madrid: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1995). *Historia de la Sexualidad: La voluntad del saber* (8ª ed.). Madrid: Siglo XXI.
- Freud, S. (1981). La organización genital infantil, 1923. En S. Freud, *Obras completas* (pág. Tomo I). Madrid: Biblioteca Nueva.
- García, M. (2015). *Orientación sexual y homofobia en adolescentes españoles*. (Trabajo final de Grado). Universitat Jaume I, Castellón.
- García G, M., Cañadas-De la Fuente, G., González-Jiménez, E., Fernández Castillo, R., & García-García, I. (2011). Educar en conductas sexuales saludables: una innovación docente en promoción de la salud. *Revista médica de Chile*, 139, 1269-1275. doi:[10.4067/S0034-98872011001000004](https://doi.org/10.4067/S0034-98872011001000004)
- García, E., Menéndez, E., Fernández, M., & Cuesta, M. (2012). Sexualidad, anticoncepción y conducta sexual de riesgo en adolescentes. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 79-87.
- García-Piña, C. A. (2016). Sexualidad infantil: información para orientar la práctica clínica. *Acta Pediátrica de México*, 37, 47-53. doi:[10.18233/APM37No1pp47-53](https://doi.org/10.18233/APM37No1pp47-53)
- Gascón, J., Navarro, B., Gascón, F., Pérula, L., Jurado, A., & Montes, G. (2003). Conocimientos de los adolescentes sobre el sida y las enfermedades de transmisión sexual. *Atención Primaria*, 32(4), 216-222. doi:[10.1016/S0212-6567\(03\)79255-5](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(03)79255-5)
- Gento, S. (1998). Marco referencial para la evaluación de un proyecto educativo. *Educación XXI*(1), 93-128.
- Gil, E., & Romo, N. (2008). Conductas de riesgo en adolescentes urbanos andaluces. *Miscelánea Comillas*, 66(129), 493-509.

- Giménez-García, C., Ruiz-Palomino, E., Gil-Llario, M., Ballester-Arnal, R., & Castro-Calvo, J. (2016). Una perspectiva de género en el estudio de conductas de riesgo de los adolescentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. INFAD Revista de Psicología*, 2(1), 189-198. doi:[10.17060/ijodaep.2016.n1.v2.210](https://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n1.v2.210)
- Giraldo, C. (2013). Cibercuerpos: los jóvenes y sexualidad en la posmodernidad. *Actualidades Investigativas en Educación*, 13(1), 1-22. Recuperado de: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/aie/v13n1/a13v13n1>
- Glick, P., & Fiske, S. (1996). The Ambivalent Sexism Inventory: Differentiating Hostile and Benevolent Sexism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(3), 491-512. doi:[10.1037/0022-3514.70.3.491](https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.3.491)
- Glick, P., & Fiske, S. T. (2011). Ambivalent Sexism Revisited. *Psychology of Women Quarterly*, 35(3), 530-535. doi:[10.1177/0361684311414832](https://doi.org/10.1177/0361684311414832)
- Glick, P., & Hilt, L. (2000). Combative children to ambivalent adults: The development of Gender Prejudice. En T. Eckes, & H. M. Trautner, *The Developmental Social Psychology of Gender* (págs. 243-272). New York: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Gonçalves, S., Gomes, R., & Pires, T. (2014). Adolescence, sexual behavior and risk factors to health. *Revista de saude publica*, 48(1), 43-51.
- Gorguet-Pi, I. (2008). *Comportamiento sexual humano*. Santiago de Cuba: Oriente.
- Green, L. (1976). *Determining the Impact and Effectiveness of Health Education as It Relates to Federal Policy*. Washington: Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation/Health.
- Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud. (2004). *Formación en Promoción y Educación para la Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de:



<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/formacionSalud.pdf>

Grupo de trabajo sobre ITS. (2011). *Infecciones de transmisión sexual: Diagnóstico, tratamiento, prevención y control*. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación. Instituto de Salud Carlos III. Recuperado de: [http://sec.es/descargas/AC\\_ITS\\_Ministerio\\_2011.pdf](http://sec.es/descargas/AC_ITS_Ministerio_2011.pdf)

Gruski et al. (eds). (2005). *Perspectives in Health and Human Rights Routledge*. New York and London: Routledge.

Guereña, J.-L. (2004). La sexualidad en la España Contemporánea (1800-1950). Introducción. *Hispania: Revista española de historia*, 64(218), 825-834.

Haberland, N., & Rogow, D. (. (2009). *It's all one curriculum. Volume 1: Guidelines and activities for a unified approach to sexuality, gender, HIV, and human rights education*. The International Sexuality and HIV Curriculum Working Group. New York: Population Council. Recuperado de: [http://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2011PGY\\_ItsAllOneGuidelines\\_en.pdf](http://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2011PGY_ItsAllOneGuidelines_en.pdf)

Heras, D., Lara, F., & Fernández-Hawrylak, M. (2016). Evaluación de los efectos del Programa de Educación Sexual SOMOS sobre la experiencia sexual y las actitudes hacia la sexualidad de adolescentes. *Revista de Psicodidáctica*, 21(2), 321-337. doi:[10.1387/RevPsicodidact.14300](https://doi.org/10.1387/RevPsicodidact.14300)

Hite, S. (s.f.). Growing Up in a New Culture. *New Statesman y Society*, 7(292).

Holland, D., & Eisenhart, M. (1990). *Educated in Romance: Women, Achievement, and College Culture*. United States of America: The University of Chicago Press.



- Hurtado, F. (2002). Salud sexual. Bases para una sexualidad saludable. Influencia de la anticoncepción y de la infertilidad. *Revista Iberoamericana de fertilidad*, 18(4), 101-107.
- II Plan Estratégico de Igualdad de Género en Educación 2016-2021. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*. Sevilla, 2 de marzo de 2016, núm. 41. Recuperado de: <http://www.juntadeandalucia.es/boja/2016/41/1>
- Instituto Nacional de Tecnologías de la Comunicación (INTECO). (2009). *Estudio sobre hábitos seguros en el uso de las TIC por niños y adolescentes y e-confianza de sus padres*. Madrid: INTECO.
- IPPF International Planned Parenthood Federation. (2006). *Sexuality education in Europe. A reference guide to policies and practices. The Safe project*. Brussels: IPPF European Network. Recuperado de: [http://www.ippfen.org/sites/default/files/sexuality\\_education\\_in\\_europe.pdf](http://www.ippfen.org/sites/default/files/sexuality_education_in_europe.pdf)
- IPPF International Planned Parenthood Federation. (2008). *Derechos sexuales: una declaración de IPPF*. New York: IPPF.
- Johnson, M., & Leone, J. (2005). The differential effects of intimate terrorism and situational couple violence: findings from the national violence against women survey. *Journal of Family Issues*, 26(3), 322-349. doi: [10.1177/0192513X04270345](https://doi.org/10.1177/0192513X04270345)
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2016). *AIDS by the numbers. UNAIDS 2016*. Geneva: UNAIDS. Recuperado de: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/AIDS-by-the-numbers-2016\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS-by-the-numbers-2016_en.pdf)
- Junta de Andalucía (2015). *Forma Joven en el ámbito educativo 2015/2016*. Sevilla: Junta de Andalucía. Recuperado de: <http://www.juntadeandalucia.es/educacion/webportal/ishare-servlet/content/74db6206-c2ff-4da3-ab5d-56f3d9957cf3>

- Kann, L., O'Malley Olsen, E., McManus, T., Harris, W. A., Shanklin, S. L., Flint, K., . . . Zaza, S. (2016). Sexual Identity, Sex of Sexual Contacts, and Health-Related Behaviors Among Students in Grades 9–12 — United States and Selected Sites, 2015. *MMWR. Surveillance Summaries*, 65(9), 1-202. doi:[10.15585/mmwr.ss6509a1](https://doi.org/10.15585/mmwr.ss6509a1)
- Kohler, P., Manhart, L., & Lafferty, W. (2008). Abstinence-Only and Comprehensive Sex Education and the Initiation of Sexual Activity and Teen Pregnancy. *Journal of Adolescent Health*, 42(4), 344-351. doi:[10.1016/j.jadohealth.2007.08.026](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.08.026)
- Kreager, D., Staff, J., Gauthier, R., Lefkowitz, E., & Feinberg, M. (2016). The Double Standard at Sexual Debut: Gender, Sexual Behavior and Adolescent Peer Acceptance. *Sex Roles*, 75(7), 377-392. doi:[10.1007/s11199-016-0618-x](https://doi.org/10.1007/s11199-016-0618-x)
- Lameiras, M., & Carrera, M. (2008). A educación sexual no novo milenio: obstáculos e retos. *Revista de Formación e Innovación Educativa Universitaria (REFIEDU)*, 1(2), 24-36.
- Lameiras, M., & Carrera, M. (2009). *Educación sexual: De la teoría a la práctica*. Madrid: Pirámide.
- Lameiras, M., Carrera, M., & Rodríguez, Y. (2008). Nuevos retos para la educación sexual: hacia un modelo integral. *Sexología Integral*, 5(1), 35-38.
- Lameiras, M., Carrera, M., Núñez, A., & Rodríguez, Y. (2006). Evaluación de un programa de educación sexual con adolescentes: una perspectiva cualitativa. *Diversitas*, 2(2), 193-204.
- Larrañaga, E., Yubero, S., & Yubero, M. (2012). Influencia del género y del sexo en las actitudes sexuales de estudiantes universitarios españoles. *Summa psicológica UST*, 9(2), 5-13.

- Larrañaga, I., Martín, U., & Bacigalupe, A. (2014). Salud sexual y reproductiva, y crisis económica en España. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28(supl. 1), 109-115. doi: [10.1016/j.gaceta.2014.03.007](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.03.007)
- Lee, J. A. (1988). *Love-Styles*. (R. Stenberg, & M. Barnes, Edits.) New Haven: Yale University Press.
- Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la promoción de la igualdad de género en Andalucía. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*. Sevilla, 18 de diciembre de 2007, núm. 247, pp. 7-17.
- Ley 17/2007, de 10 de diciembre, de Educación de Andalucía. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*. Sevilla, 26 de diciembre de 2007, núm. 252, pp. 5-36.
- Ley Orgánica 8/1985, de 3 de julio, reguladora del Derecho a la Educación. *Boletín Oficial del Estado*. Madrid, 4 de julio de 1985, núm. 159.
- Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo. *Boletín Oficial del Estado*. Madrid, 4 de octubre de 1990, núm. 238, pp. 28927-28942.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. *Boletín Oficial del Estado*. Madrid, 14 de diciembre de 1999, núm. 298, pp. 43088-43099.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado*. Madrid, 15 de noviembre de 2002, núm. 274, pp. 40126-40132.
- Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación. *Boletín Oficial del Estado*. Madrid, 24 de diciembre de 2002, núm. 307, pp. 45188-45220.

Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. *Boletín Oficial del Estado*. Madrid, 29 de diciembre de 2004, núm. 313.

Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. *Boletín Oficial del Estado*. Madrid, 4 de mayo de 2006, núm. 106.

Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. *Boletín Oficial del Estado*. Madrid, 4 de marzo de 2010, núm. 55, pp. 21001-21014.

Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa. *Boletín Oficial del Estado*. Madrid, 10 de diciembre de 2013, núm. 295, pp. 97858-97921.

Lima Serrano, M., Guerra Martín, M., & Lima Rodríguez, J. (2016). Relación entre el funcionamiento familiar y los estilos de vida de los adolescentes en edad escolar. *Enfermería Clínica*, in press. doi:[10.1016/j.enfcli.2016.09.004](https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2016.09.004)

Lima, M., Lima-Rodríguez, J., Sáez-Bueno, A., & Cáceres, B. (2013). Diseño y validación de escalas para medir la actitud adolescente hacia: sexualidad, sustancias adictivas y seguridad vial ¿se relacionan con los comportamientos? *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 36(2), 204-215. doi:[10.4321/S1137-66272013000200004](https://doi.org/10.4321/S1137-66272013000200004)

Lima, M., Neves, S., & Lima, J. (2012). Actitudes de adolescentes hacia la salud: evaluación de un programa escolar de promoción de la salud en Sevilla, España. *Salud Colectiva*, 8(1), 47-60. doi:[10.1590/S1851-82652012000100005](https://doi.org/10.1590/S1851-82652012000100005)

Llanes, C. (2013). La sexualidad en el adulto mayor. *Revista Cubana de Enfermería*, 23(3), 223-232. Recuperado de: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/608/66>

- Lobato, L., Jenaro, C., Rodríguez-Becerra, M., & Flores, N. (2016). Los roles de género y su papel en las actitudes y comportamientos afectivo-sexuales: un estudio sobre adolescentes salmantinos. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*(11), 457-476. doi:[10.18002/cg.v0i11.1638](https://doi.org/10.18002/cg.v0i11.1638)
- López Ruiz, M. T. (2015). *Sexo en tiempos de crisis global: la asexualidad como nueva forma de identidad*. (Tesis doctoral). Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid. Recuperado de:  
[http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:CiencPolSoc-Mtlopez/LOPEZ\\_RUIZ\\_Teresa\\_Tesis.pdf](http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:CiencPolSoc-Mtlopez/LOPEZ_RUIZ_Teresa_Tesis.pdf)
- López, F. (1988). Adquisición y desarrollo de la identidad sexual y de género. En J. Fernández Sánchez, *Nuevas perspectivas en el desarrollo del sexo y el género* (págs. 47-69). Madrid: Pirámide.
- López, F. (1990). *Educación sexual*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- López, F. (2001). Juventud y Drogadicción (Educación Afectivo Sexual). *Revista de Estudios de Juventud*(55), 83-110.
- López, F. (2005). *La educación sexual*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- López, F. (2015). Adolescencia. Necesidades y problemas. Implicaciones para la intervención. *IV Curso de la SEMA. Salud Integral en la adolescencia*. 3, págs. 9-17. Madrid: SEMA. Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia. Recuperado de: [http://www.adolescenciasema.org/wp-content/uploads/2015/06/adolescere-2015-vol3-n2\\_9-17\\_Adolescencia.pdf](http://www.adolescenciasema.org/wp-content/uploads/2015/06/adolescere-2015-vol3-n2_9-17_Adolescencia.pdf)
- López, F., & Oroz, Á. (1999). *PARa comprender la vida sexual del adolescente*. Navarra: Verbo Divino.
- López, N. (2003). *Curso de educación afectivo-sexual*. A Coruña: Netbiblo.

- López, F., Carcedo, R., Fernández-Rouco, N., Blázquez, M., & Kilani, A. (2011). Diferencias sexuales en la sexualidad adolescente: afectos y conductas. *anales de psicología*, 27(3), 791-799.
- Lorenzo-Seva, U., & Ferrando, P. (2007). *Factor: A computer program to fit the exploratory factor analysis model*. Tarragona: University Rovira i Virgili.
- Lottes, I. (2000). New Perspectives on Sexual Health. En I. Lottes, & O. Kontula, *New Views on Sexual Health: The Case of Finland* (págs. 7-28). Helsinki: The Population Research Institute.
- Luque, M. C. (2008). Mujer y sexualidad. Evolución desde el puritanismo del siglo XVIII a la medicina sexual del siglo XXI. *Revista Internacional de Andrología*, 6(2), 152-157. doi:[10.1016/S1698-031X\(08\)75683-8](https://doi.org/10.1016/S1698-031X(08)75683-8)
- MacKay, J. (2004). *Atlas Akal del comportamiento sexual humano: Sexualidad y prácticas sexuales en el mundo*. Madrid: Akal.
- Maeso, M., Salamanca, A., Sánchez, S., Gil, J., Amézcuca, A., & Ayuso, N. (2015). Nivel de sexismo ambivalente en estudiantes de primer curso de Educación Secundaria Obligatoria de la ciudad de Madrid. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*, 2, 23-31.
- Malón, A. (2004). *Infancia, sexualidad y peligro. El moderno discurso de los abusos sexuales infantiles en las sociedades contemporáneas*. Madrid: Revista Española de Sexología (121-122).
- Martin, S., McDaid, L., & Hilton, S. (2014). Double-standards in reporting of risk and responsibility for sexual health: a qualitative content analysis of negatively toned UK newsprint articles. *BMC Public Health*, 14, 792. doi:[10.1186/1471-2458-14-792](https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-792)
- Mason-Jones, A. J., Sinclair, D., Mathews, C., Kagee, A., Hillman, A., & Lombard, C. (2016). School-based interventions for preventing HIV, sexually transmitted infections, and pregnancy in adolescents. *Cochrane*

*Database of Systematic Reviews*(11). doi:  
[10.1002/14651858.CD006417.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006417.pub3)

Masters, W., & Johnson, V. (1966). *La Respuesta Sexual Humana*. Buenos Aires: Inter-Médica.

Masters, W., Johnson, V., & Kolodny, R. (1987). *La sexualidad Humana*. Barcelona: Grijalbo.

McIntyre, P. (2002). *Adolescent Friendly Health Services — An Agenda for Change*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67923/1/WHO\\_FCH\\_CAH\\_02.14.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67923/1/WHO_FCH_CAH_02.14.pdf)

Melendo, T. (2007). *La belleza de la sexualidad*. Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias.

Mendoza, A. (2005). *La técnica de la tormenta de ideas y la creatividad en la educación*. Madrid: Trillas.

Mercado, C., Pedraza, F., & Martínez, K. (2016). Sexting: su definición, factores de riesgo y consecuencias. *Revista sobre la infancia y la adolescencia*(10), 1-18. doi:[10.4995/reinad.2016.3934](https://doi.org/10.4995/reinad.2016.3934)

Merino, M. E. (2016). *Sexismo, amor romántico y violencia de género en la adolescencia*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense, Madrid. Recuperado de: <http://eprints.ucm.es/37571/1/T37184.pdf>

Ministerio de Educación y Ciencia (MEC). (1989). *Libro blanco para la reforma del sistema educativo*. Madrid: MEC.

Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. (2015). *Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Recuperado de: [http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro\\_22\\_Macroencuesta2015.pdf](http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf)

- Mitjans Lafont, L. (2005). Sexualidad y adolescencia. *Revista pediátrica de atención primaria*, 7(supl. 1), 89-95.
- Molina, Ó., Méndez, I., & Martínez, J. (2015). Conductas y educación sexual en cuarto curso de Educación Secundaria Obligatoria. *European Journal of Health Research*, 1(2), 37-50. doi:[10.1989/ejhr.v1i2.4](https://doi.org/10.1989/ejhr.v1i2.4)
- Monclús, A. (2001). *Educación para el desarrollo y cooperación internacional*. Madrid: Complutense.
- Monclús, A. (2005). Caracterización de la educación. En A. Monclús Estella, *Las perspectivas de la educación* (págs. 13-26). Salamanca: Témpora.
- Montañés, P., De Lemus, S., Bohner, G., Megías, J., Moya, M., & Garcia-Retamero, R. (2012). Intergenerational transmission of benevolent sexism from mothers to daughters and its relation to daughters' academic performance and Goals. *Sex Roles*, 66(7), 468-478. doi:[10.1007/s11199-011-0116-0](https://doi.org/10.1007/s11199-011-0116-0)
- Montañés, P., Megías, J., De Lemus, S., & Moya, M. (2015). Sexismo en la adolescencia: influencia de las primeras relaciones de pareja. *Revista de Psicología Social*, 30(2), 219-240. doi:[10.1080/21711976.2015.1016756](https://doi.org/10.1080/21711976.2015.1016756)
- Montero, I., & León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.
- Moreno Jiménez, B. (1990). *La sexualidad humana: estudio y perspectiva histórica*. Madrid: Fundación Universidad y Empresa.
- Moreno, A., & Rodríguez, E. (2013). *Informe de la juventud de España 2012*. Madrid: Instituto de la Juventud.
- Muthén, B., & Kaplan, D. (1992). A comparison of some methodologies for the factor analysis of non-normal Likert variables: A note on the size of the



- model. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 45(1), 19-30. doi: [10.1111/j.2044-8317.1992.tb00975.x](https://doi.org/10.1111/j.2044-8317.1992.tb00975.x)
- Nieda, J. (1992). *Educación para la salud: educación sexual*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.
- Nieto, S. (2006). *Razones del profesorado para seguir con entusiasmo*. Barcelona: Octaedro.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3ª ed.). New York: McGraw Hill.
- Observatorio de la Juventud en España. (2010). *Juventud en Cifras. Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- O'Keefe, M. (2005). Teen dating violence: A review of risk factors and prevention efforts. *National Electronic Network on violence against women*, 1, 1-13.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1978). *Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978*. Ginebra: OMS. Recuperado de: <https://medicinaysociedad.files.wordpress.com/2011/06/declaracion-de-alma-ata.pdf>
- OMS. (1986a). *La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad. Informe de un grupo de Estudio de la OMS sobre la « Salud para todos en el año 2000»*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (1986b). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Ginebra: OMS. Recuperado de: <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
- OMS. (2007). *Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual : 2006 2015 : romper la cadena de transmisión*.

- Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43773/1/9789243563473\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43773/1/9789243563473_spa.pdf)
- ONUSIDA. (2015). *El SIDA en cifras 2015*. Ginebra: ONUSIDA. Recuperado de:  
[http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/AIDS\\_by\\_the\\_numbers\\_2015\\_es.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_es.pdf)
- ONUSIDA/OMS Grupo de Trabajo sobre la Vigilancia Mundial del VIH, el Sida y las Infecciones de Transmisión Sexual. (2014). *Estrategias y métodos de laboratorio para reforzar la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual 2012*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112857/1/9789243504476\\_spa.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112857/1/9789243504476_spa.pdf?ua=1&ua=1)
- Orden de 17 de enero de 1981 por la que se regulan las enseñanzas de Educación Preescolar y del Ciclo Inicial de la Educación General Básica. *Boletín Oficial del Estado*. Madrid, 21 de enero de 1981, núm. 18, pp. 1384-1389.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1979). *Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*. Ginebra: ONU. Recuperado de:  
[http://www.unicef.org/argentina/spanish/ar\\_insumos\\_cedaw.pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_cedaw.pdf)
- Orozco, I., & Rodríguez, D. D. (2006). Prejuicios y actitudes hacia la sexualidad en la vejez. *Psicología y ciencia social*, 8(1).
- Ortega, V., Ojeda, P., Sutil, F., & Sierra, J. (2005). Culpabilidad sexual en adolescentes: estudio de algunos factores relacionados. *anales de psicología*, 21(2), 268-275.
- Osborne, R., & Guasch, O. (2003). *Sociología de la sexualidad*. Madrid: CIS: Centro de Investigaciones Sociológicas .

- Palacio, M. C. (1999). Concepción psicoanalítica de la infancia. *Revista Educación y Pedagogía*, 11(23-24), 129-145.
- Palenzuela-Sánchez, Á. (2006). Intereses, conducta sexual y comportamientos de riesgo para la salud sexual de escolares adolescentes participantes en un programa de educación sexual. *Análisis y Modificación de Conducta*, 32(144), 451-495.
- Papaharitou, S., Nakopoulou, E., Kirana, P., Giaglis, G., Moraitou, M., & Hatzichristou, D. (2008). Factors associated with sexuality in later life: An exploratory study in a group of Greek married older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 46(2), 191-201. doi:[10.1016/j.archger.2007.03.008](https://doi.org/10.1016/j.archger.2007.03.008)
- Parker, G. (2013). El siglo maldito. Climas Guerras y catástrofes en el siglo XVII. Barcelona: Planeta
- Pascual, A. (2016). Sobre el mito del amor romántico.: Amores cinematográficos y educación. *DEDICA. REVISTA DE EDUCAÇÃO E HUMANIDADES*(10), 63-78.
- Peláez, J. (2016). Estudio actualizado de la anticoncepción en la adolescencia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 42(1). Recuperado de: <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/41/19>
- Perea, R. (2004). Qué es la educación para la salud. En R. Perea Quesada (Eds.), *Educación para la salud: (reto de nuestro tiempo)* (págs. 3-20). Madrid: Díaz de Santos.
- Picot, J., Shepherd, J., Kavanagh, J., Cooper, K., Harden, A., Barnett-Page, E., . . . Frampton, G. (2012). Behavioural interventions for the prevention of sexually transmitted infections in young people aged 13–19 years: a systematic review. *Health Education Research*, 27(3), 495-512. doi:[10.1093/her/cys014](https://doi.org/10.1093/her/cys014)

- Plummer, K. (1975). *Sexual stigma: An interactionist account*. London: Routledge & Kegan Paul Books.
- Potts, M. M., & Short, R. (2001). *Historia de la Sexualidad: Desde Adán y Eva*. Madrid: Cambridge University Press.
- Pound, P., Langford, R., & Campbell, R. (2016). What do young people think about their school-based sex and relationship education? A qualitative synthesis of young people's views and experiences. *BMJ Open*, 6(9), e011329. doi: [10.1136/bmjopen-2016-011329](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011329)
- REGLAMENTO (CE) No 831/2002 DE LA COMISIÓN, de 17 de mayo de 2002, por el que se aplica el Reglamento (CE) no 322/97 del Consejo sobre la estadística comunitaria en lo relativo al acceso con fines científicos a datos confidenciales. *Diario Oficial de las Comunidades Europeas*. Madrid, 18 de mayo de 2002. Recuperado de: <https://www.boe.es/doue/2002/133/L00007-00009.pdf>
- Reich, W. (1972). *Sex-Pol: Essays 1929-1934*. New York: Vintage Book. Recuperado de: [http://qnet.me/Wilhelm\\_Reich-Cloudbuster-Orogone-Energy/Sex-Pol-Essays,%201929-1934.pdf](http://qnet.me/Wilhelm_Reich-Cloudbuster-Orogone-Energy/Sex-Pol-Essays,%201929-1934.pdf)
- Reich, W. (1976). *People in trouble: Volume two of The Emotional Plague of Mankind*. New York: Farrar, Straus and Giroux. Recuperado de: [http://www.wilhelmreichtrust.org/people\\_in\\_trouble.pdf](http://www.wilhelmreichtrust.org/people_in_trouble.pdf)
- Reich, W. (1985). *La Revolución sexual*. Barcelona: Planeta-De Agostini.
- Reiss, I. (1967). *The social context of premarital sexual permissiveness*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Robin, L., Dittus, P., Whitaker, D., Crosby, R., Ethier, K., Mezooff, J., . . . Pappas-Deluca, K. (2004). Behavioral interventions to reduce incidence of HIV, STD, and pregnancy among adolescents: a decade in review. *Journal of Adolescent Health*, 34(1), 3-26. doi:[10.1016/S1054-139X\(03\)00244-1](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(03)00244-1)

- Rodríguez, J., & Traverso, C. (2012). Conductas sexuales en adolescentes de 12 a 17 años de Andalucía. *Gaceta Sanitaria*, 26(6), 519-524. doi:[10.1016/j.gaceta.2012.02.005](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.02.005)
- Rodríguez, L. M. (2013). Desmitificación de la violencia en parejas del mismo sexo. *Revista Iberoamericana de Salud y Ciudadanía*, 2(2), 102-109.
- Rodríguez-Castro, Y., Lameiras, M., & Carrera, M. (2015). Amor y Sexismo: una peligrosa relación en los y las adolescentes gallegos/as. *REVISTA DE ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN*, Extr.(2), 11-14. doi:[10.17979/reipe.2015.0.02.234](https://doi.org/10.17979/reipe.2015.0.02.234)
- Rodríguez-Castro, Y., Lameiras-Fernández, M., Carrera-Fernández, M., & Vallejo-Medina, P. (2013). Validación de la Escala de Homofobia Moderna en una muestra de adolescentes. *anales de psicología*, 29(2), 523-533. doi:[10.6018/analesps.29.2.137931](https://doi.org/10.6018/analesps.29.2.137931)
- Rojas, P., & Moreno, R. (2016). Sexismo hostil y benevolente en adolescentes. Una aproximación étnico-cultural. *Revista Iberoamericana de Educación*, 72(1), 31-46.
- Royal College of Nursing. (2009). *Sexual health competences: An integrated career and competency framework for sexual and reproductive health nursing across the UK*. London: Royal College of Nursing.
- Royuela, P., Rodríguez, L., Marugán, J., & Carbajosa, V. (2015). Factores de riesgo de la precocidad sexual en adolescentes. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 17, 127-136.
- Rubio-Garay, F., Carrasco, M., Amor, P., & López-González, M. (2015). Factores asociados a la violencia en el noviazgo entre adolescentes: una revisión crítica. *Anuario de Psicología Jurídica*, 25(1), 47-56. doi:[10.1016/j.apj.2015.01.001](https://doi.org/10.1016/j.apj.2015.01.001)
- Ruiz, P. J., & Ruiz, P. M. (1998). Una nueva posibilidad de educación para la salud: en el tiempo libre. *Atención Primaria*, 21(5), 326-330.

- Sáez, E., & Cambil, J. (2012). Impacto y evaluación de un programa de salud en adolescentes. *actualidad médica*, 97(787), 37-40.
- Salazar-Granaraa, A., Santa Maria-Álvarez, A., Solano-Romero, I., Lázaro-Vivas, K., Arrollo-Solís, S., Arujo-Tocas, V., . . . Echazu-Irala, C. (2007). Conocimientos de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar, en adolescentes de instituciones educativas nacionales del distrito de el Agustino, Lima-Perú. *Horizonte Médico*, 7(2), 79-85.
- Saldívar, G., Jiménez, A., Gutiérrez, R., & Romero, M. (2015). La coerción sexual asociada con los mitos de violación y las actitudes sexuales en estudiantes universitarios. *Salud Mental*, 38(1), 27-32. doi:[10.17711/SM.0185-3325.2015.003](https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.003)
- Samkange-Zeeb , F., Pöttgen, S., & Zeeb, H. (2013). Higher Risk Perception of HIV than of Chlamydia and HPV among Secondary School Students in Two German Cities. *PLoS ONE*, 8(4), e61636. doi:[10.1371/journal.pone.0061636](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0061636)
- San Pelayo, E. (2008). Educación de la sexualidad preescolar: un enfoque alternativo y participativo. *Summa Psicológica UST*, 5, 53-62.
- Sánchez, I., Mora, J., & Oviedo, O. (2015). Atención psicomédica en la disforia de identidad de género durante la adolescencia. *Revistade Psiquiatría y Salud Mental*. doi:[10.1016/j.rpsm.2015.04.002](https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.04.002)
- Sexual Health & Sexually Transmitted Infections Section. (2008). *CANADIAN GUIDELINES FOR SEXUAL HEALTH EDUCATION*. Ottawa: Public Health Agency of Canada.
- Sierra, J., Rojas, A., Ortega Virgilio, & Martín Ortiz, J. (2007). Evaluación de actitudes sexuales machistas en universitarios: primeros datos psicométricos de las versiones españolas de la Double Standard Scale (DSS) y de la Rape Supportive Attitude Scale (RSAS). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 7(1), 41-60.

- Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. (2014). *Interrupción voluntaria del embarazo: datos definitivos correspondientes al año 2014*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Tarriño, L., & García-Carpintero, M. (2014). Adolescentes y violencia de género en las redes sociales. *Aportaciones a la investigación sobre mujeres y género: V Congreso Universitario Internacional Investigación y Género* (págs. 426-439). Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Teva, I., Bermúdez, M. P., & Buela-Casal, G. (2011). Búsqueda de sensaciones sexuales, estilos de afrontamiento, estrés social y su relación con la conducta sexual adolescente. *anales de psicología*, 27(1), 35-46.
- Teva, I., Bermúdez, M., & Buela Casal, G. (2009). Variables sociodemográficas y conductas de riesgo en la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes, España, 2007. *Revista Española de Salud Pública*, 83(2), 309-320. doi:[10.1590/S1135-57272009000200013](https://doi.org/10.1590/S1135-57272009000200013)
- Thanasiu, P. L. (october de 2004). Childhood Sexuality: Discerning Healthy From Abnormal Sexual Behaviors. *Journal of Mental Health Counseling*, 26(4), 309-319. doi:[10.17744/mehc.26.4.y0ndah5y1hkm18cf](https://doi.org/10.17744/mehc.26.4.y0ndah5y1hkm18cf)
- Ubillos, S., Goiburu, E., Puente, A., & Pizarro, J.-P. (2016). Adaptación y validación de la Escala de Doble Estándar en adolescentes vascas-os. *Revista de Psicología Social*, 31(2), 382-397. doi:[10.1080/02134748.2016.1152683](https://doi.org/10.1080/02134748.2016.1152683)
- Ubillos, S., Goiburu, E., Puente, A., Pizarro, J.-P., & Echeburúa, E. (2017). Evaluación de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer y la Violencia en Estudiantes Vascoparlantes de Enseñanzas Medias. *Revista de Psicodidáctica*, 22(1), in press. doi:[10.1387/RevPsicodidact.16124](https://doi.org/10.1387/RevPsicodidact.16124)



- UNAIDS. (2015). *On the Fast-Track to end AIDS. 2016-2021 Strategy*. Geneva: UNAIDS. Recuperado de: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/20151027\\_UNAIDS\\_PCB37\\_15\\_18\\_EN\\_rev1.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151027_UNAIDS_PCB37_15_18_EN_rev1.pdf)
- UNESCO. (2010). *Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad. Un enfoque basado en evidencia orientado a escuelas, docentes y educadores de la salud*. Paris: UNESCO. Recuperado de: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281s.pdf>
- UNICEF. (2006). *Convención sobre los derechos del niño*. Madrid: Nuevo Siglo.
- Unidad Estadística y cartográfica. (2015). *Estadística de la Educación en Andalucía*. Sevilla: Consejería de Educación.
- Urruzola, M. J. (2007). La educación de las relaciones afectivas y sexuales. En *Sexualidad, identidad y afectividad: Cómo tratarlas desde la escuela* (págs. 23-28). Barcelona: Graó.
- Valdivia, M. P., & González, L. A. (2014). Violencia en el noviazgo y pololeo: una actualización proyectada hacia la adolescencia. *Revista de Psicología*, 32(2), 329-355.
- Valledor, C. (2012). *Factores de riesgo a nivel macrosistémico para la violencia de género: el papel de los mitos del amor en las relaciones de noviazgo*. (Tesis de Máster). Universidad de Oviedo, Oviedo. Recuperado de: <http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/3951/6/TFM%20Cristina%20Valledor.pdf>
- Vallejo-Medina, P., Reina, M., & Sierra, J. (2014). Propuesta y validación de una versión breve del Sexual Opinion Survey en población española. *Revista Internacional de Andrología*, 12(2), 47-54. doi:[10.1016/j.androl.2013.04.004](https://doi.org/10.1016/j.androl.2013.04.004)
- van Bergen, D. D., Bos, H. M., van Lisdonk, J., Keuzenkamp, S., & Sandfort, T. G. (2013). Victimization and Suicidality Among Dutch Lesbian, Gay, and



- Bisexual Youths. *American Journal of Public Health*, 103(1), 70-72.  
doi:[10.2105/AJPH.2012.300797](https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300797)
- Vega, V., Maza, J., Roitman, D., & Sánchez, M. (2015). *Identidad de Género, construcción subjetiva de la adolescencia*. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de: [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/055\\_adolescencia1/material/archivo/identidad\\_genero.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/055_adolescencia1/material/archivo/identidad_genero.pdf)
- Venegas, M. d. (2011). El modelo actual de educación afectivosexual en España. El caso de Andalucía. *Revista Iberoamericana de Educación*, 55(3).
- Vizcarral, M., Balladares, E., Candia, C., Lepe, M., & Saldivia, C. (2004). Conducta sexual durante la infancia en estudiantes chilenos. *Psicothema*, 16, 58-63.
- Weeks, J. (1993). *El malestar de la sexualidad*. Madrid: Talasa.
- Weeks, J. (1998). *Sexualidad*. México: Paidós.
- WHO/Regional Office for Europe. (2001). *WHO Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health*. Copenhagen: WHO. Recuperado de: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/69529/e74558.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/69529/e74558.pdf)
- Wittig, M. (2006). *El pensamiento heterosexual y otros ensayos*. Madrid: EGALES.
- World Health Organization. (1975). *Education and treatment in human sexuality : the training of health professionals, report of a WHO meeting [held in Geneva from 6 to 12 February 1974]*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38247/1/WHO\\_TRS\\_572\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38247/1/WHO_TRS_572_eng.pdf)

- World Health Organization. (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva*. Geneva: World Health Organization.
- Yang, M., Fullwood, E., Goldstein, J., & Mink, J. (2005). Masturbation in Infancy and Early Childhood Presenting as a Movement Disorder: 12 Cases and a Review of the Literature. *Pediatrics*, 116(6), 1427-1452. doi:[10.1542/peds.2005-0532](https://doi.org/10.1542/peds.2005-0532)
- Yela, C. (2003). La otra cara del amor: mitos, paradojas y problemas. *Encuentros de Psicología Social*, 1(2), 263-267.
- Zapata, R. M., & Gutiérrez, M. I. (2016). *Salud Sexual y Reproductiva*. El Ejido: Universidad de Almería.
- Zapata, D. (2007). *Transversalizando la Perspectiva de Género en los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Santiago de Chile: Organización de las Naciones Unidas. Recuperado de: [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4756/S0700517\\_es.pdf;jsessionid=51EE271BD1A84B2A7FEE9C828CBBD332?sequence=1](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4756/S0700517_es.pdf;jsessionid=51EE271BD1A84B2A7FEE9C828CBBD332?sequence=1)
- Zarabain-Cogollo, S. J. (julio-diciembre de 2011). Sexualidad en la primera infancia: una mirada actual desde el psicoanálisis a las etapas del desarrollo sexual infantil. *Pensando Psicología*, 7(13), 75-90. doi:[10.1692/issn.1900-309](https://doi.org/10.1692/issn.1900-309)

## ANEXOS



## ANEXO I

### Datos Socio-demográficos

1. Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_
2. Curso escolar: \_\_\_\_\_ 3. Población: \_\_\_\_\_
4. Nacionalidad: \_\_\_\_\_
5. Estudios de la madre: \_\_\_\_\_ Estudios del padre: \_\_\_\_\_
6. Número de hermanos (incluido tú): \_\_\_\_\_ Posición que ocupas entre los hermanos: \_\_\_\_\_
7. ¿Has tenido pareja? Sí/No \_\_\_\_\_  
 \*Edad con la que tuviste tu primer novio/a: \_\_\_\_\_
8. ¿Has tenido alguna relación sexual? \_\_\_\_\_  
*(Si respondiste no, pasa a la pregunta 12, si has respondido que sí continúa por la pregunta 9).*
9. Edad de la primera relación sexual: \_\_\_\_\_  
 Edad que tenía tu pareja en tu primera relación sexual: \_\_\_\_\_  
 Uso de anticonceptivos en la primera relación: Sí/ No \_\_\_\_\_  
 ¿Cuál? \_\_\_\_\_
10. ¿Disfrutas cuando practicas el sexo? \_\_\_\_\_
11. ¿Qué método anticonceptivo usas en la actualidad? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
12. Orientación sexual (Homosexual, bisexual, heterosexual): \_\_\_\_\_
13. ¿Consideras que tienes una buena información sobre la sexualidad? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
14. ¿De dónde obtienes mayormente la información sobre la sexualidad que necesitas? \_\_\_\_\_



## ANEXO II

## Escala de mitos sobre la sexualidad

Para cada una de las siguientes afirmaciones, indica hasta qué punto estás de acuerdo o en desacuerdo. Por favor, marca con un X el número que más se corresponda con tu opinión general.

Escala de respuesta

	1	2	3	4	5
	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral (ni de acuerdo ni en desacuerdo)	De acuerdo	Completamente de acuerdo
	1	2	3	4	5
1	Si compartes alimentos o bebidas con una persona con SIDA no te puedes contagiar				
2	Una chica que sea sexualmente activa es menos probable que se la desee como pareja; porque es una guarra				
3	La heterosexualidad no es la norma en la sexualidad, sino una opción más				
4	El "flechazo" es una atracción física muy fuerte, es signo de amor romántico y verdadero				
5	El SIDA es una enfermedad incurable				
6	La "marcha atrás" es un método anticonceptivo seguro				
7	El VIH/SIDA sólo se transmite mediante relaciones sexuales				
8	Los remedios caseros abortivos (perejil, hinojo, Vit. C...) son muy efectivos				
9	La pornografía suele mostrar roles o actitudes ante la sexualidad que no se adaptan a la realidad				
10	Si tu pareja te grita, te insulta y te trata mal y luego se disculpa, no está maltratándote				
11	Los preservativos son irritantes, aunque no tengan ni el chico ni la chica alergia al látex				
12	En alguna parte hay alguien predestinado para cada persona ("Tu media naranja")				
13	El nudismo no es una práctica inapropiada siempre que se haga en lugares adecuados o privados y sea consentido				
14	Si tu mejor amigo/a fuese homosexual te sentirías incómodo/a, porque podría intentar ligar contigo				
15	La convivencia es la tumba del amor				
16	Tener muchos celos es una prueba de amor por parte de tu pareja				
17	Cuando una chica tiene la regla, aunque tenga relaciones no se puede quedar embarazada				
18	El alcohol aumenta el rendimiento sexual				
19	No puedes coger una infección de transmisión sexual (ITS) si sólo tienes relaciones sexuales con tu pareja				
20	La pornografía es sólo para hombres				
21	Lo más importante en el amor es el cariño y el respeto				

		1	2	3	4	5
22	El aborto debe estar permitido para todas las mujeres que hayan valorado concienzudamente que es su mejor opción					
23	Una persona con SIDA debe ser excluida de la sociedad					
24	Si se tienen relaciones sexuales en la bañera, la piscina o el mar no se puede quedar embarazada una chica					
25	Solamente se puede llegar al orgasmo mediante la estimulación de los genitales					
26	El anillo vaginal o el DIU protegen contra las ITS					
27	Puedes transmitir algunas ITS o el VIH/SIDA sin saber que lo tienes					
28	Alguien que te ame no puede maltratarte psicológicamente					
29	Una "buena" mujer no tendría una aventura de una noche, pero sería normal que la tuviese un hombre					
30	Entre una pareja no es necesaria la privacidad de tu mundo (libre acceso a las redes sociales, correos electrónicos, perfiles... de la pareja)					
31	Si una adolescente se queda embarazada sin quererlo es por fallo de los métodos anticonceptivos, no por usarlos mal					
32	Un chico con muchas relaciones es más deseado porque puede enseñar a la chica					
33	La masturbación es una forma saludable de obtener placer					
34	Si un chico no eyacula no puede coger una ITS, porque no hay intercambio de fluidos					
35	Si te bañas en una bañera con una persona con SIDA te puedes contagiar					
36	Los juguetes sexuales perjudican las relaciones de pareja					
37	El preservativo te quita casi toda la sensibilidad en la relación coital					
38	El doble método (preservativo + anticonceptivo hormonal) es la forma más segura de tener relaciones sexuales					
39	Todo el mundo nace heterosexual y sólo cambian algunas personas cuando son mayores					
40	Hasta que no se tenga una pareja no se puede sentir una persona realizada totalmente					
41	Si besas a alguien con VIH/SIDA te puedes contagiar					
42	Las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA sólo se contagian si una persona tiene síntomas de enfermedad					
43	La "pastilla del día después" es un anticonceptivo que se debe usar en emergencia, no habitualmente					
44	El amor se puede encontrar y mantener en Internet (chats, redes sociales, etc.) sin necesidad de verse nunca					
45	En algunas ocasiones una chica es violada porque lo ha estado buscando					
46	Si tu pareja rompe la relación es un fracaso tuyo					
47	La penetración es el fin último de cualquier relación					
48	Si una chica toma muchos años la pastilla anticonceptiva se puede quedar estéril					
49	Para disfrutar de tu sexualidad es importante estar preparado, no que sea porque tu pareja te lo demanda					
50	El amor se caracteriza por una pasión irresistible, con sentimientos intensos, intimidad, fuerte atracción física y actividad sexual					
51	Si una chica se queda embarazada, es que quiere "pillar" al chico					
52	Los/as chicos/as que dicen ser bisexuales son personas "viciosas"					
53	Las religiones prohíben las relaciones prematrimoniales por el bien de las personas					



		1	2	3	4	5
54	El SIDA es una enfermedad que sólo lo tienen las personas drogadictas, las personas homosexuales y las prostitutas					
55	El amor verdadero lo puede todo					
56	Llevar a cabo un aborto no conlleva secuela alguna, ni psicológica ni física					
57	Si a un chico le introducen el dedo en el culo y le gusta es homosexual					
58	El hombre está igual de capacitado que la mujer para cuidar de la casa y de los/as hijos/as					
59	Si una chica dice que no quiere tener sexo, está haciéndose la dura, pero en realidad sí quiere					
60	El hombre debe tener el rol dominante y la mujer el pasivo, al menos en el sexo					
61	Se puede seguir amando a alguien a quién se maltrata					
62	Cualquier orientación sexual (homosexual, heterosexual, bisexual) es una orientación normal					
63	La homosexualidad y transexualidad no es algo natural					
64	Un chico que demuestre cariño, sensibilidad y delicadeza es homosexual					
65	Es amor que tu chico/a vigile todo lo que haces (redes sociales, teléfono,...) o controle con quién hablas o dónde vas					
66	Si una chica invita a un chico a ver una película en su casa significa que quiere sexo					
67	Una chica que nunca se arregle ni se pinte es lesbiana					
68	La bisexualidad es una biografía sexual (forma personal de vivir la sexualidad) igual que otra cualquiera					
69	Es importante consentir tener relaciones sexuales para no perder la pareja					



## ANEXO III

## Escala de mitos sobre la sexualidad

Para cada una de las siguientes afirmaciones, indica hasta qué punto estás de acuerdo o en desacuerdo.

Por favor, marca con un X el número que más se corresponda con tu opinión general.

Escala de respuesta:

1	2	3	4	5
Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral (ni de acuerdo ni en desacuerdo)	De acuerdo	Completamente de acuerdo

		1	2	3	4	5
1	El "flechazo" es una atracción física muy fuerte, es signo de amor romántico y verdadero					
2	La "marcha atrás" es un método anticonceptivo seguro					
3	Los remedios caseros abortivos (perejil, hinojo, Vit. C...) son muy efectivos					
4	Si tu mejor amigo/a fuese homosexual te sentirías incómodo/a, porque podría intentar ligar contigo					
5	Tener muchos celos es una prueba de amor por parte de tu pareja					
6	Cuando una chica tiene la regla, aunque tenga relaciones no se puede quedar embarazada					
7	El alcohol aumenta el rendimiento sexual					
8	Una persona con SIDA debe ser excluida de la sociedad					
9	Si se tienen relaciones sexuales en la bañera, la piscina o el mar no se puede quedar embarazada una chica					
10	Una "buena" mujer no tendría una aventura de una noche, pero sería normal que la tuviese un hombre					
11	Entre una pareja no es necesaria la privacidad de tu mundo (libre acceso a las redes sociales, correos electrónicos, perfiles... de la pareja)					
12	Si una adolescente se queda embarazada sin quererlo es por fallo de los métodos anticonceptivos, no por usarlos mal					
13	Un chico con muchas relaciones es más deseado porque puede enseñar a la chica					
14	Todo el mundo nace heterosexual y sólo cambian algunas personas cuando son mayores					
15	Hasta que no se tenga una pareja no se puede sentir una persona realizada totalmente					
16	En algunas ocasiones una chica es violada porque lo ha estado buscando					
17	Si tu pareja rompe la relación es un fracaso tuyo					
18	Si una chica se queda embarazada, es que quiere "pillar" al chico					
19	Los/as chicos/as que dicen ser bisexuales son personas "viciosas"					
20	El SIDA es una enfermedad que sólo lo tienen las personas drogadictas, las personas homosexuales y las prostitutas					
21	Si una chica dice que no quiere tener sexo, está haciéndose la dura, pero en realidad sí quiere					
22	El hombre debe tener el rol dominante y la mujer el pasivo, al menos en el sexo					
23	La homosexualidad y transexualidad no es algo natural					
24	Un chico que demuestre cariño, sensibilidad y delicadeza es homosexual					
25	Es amor que tu chico/a vigile todo lo que haces (redes sociales, teléfono,...) o controle con quién hablas o dónde vas					
26	Si una chica invita a un chico a ver una película en su casa significa que quiere sexo					
27	Una chica que nunca se arregle ni se pinte es lesbiana					



**ANEXO IV****ESCALA DE DOBLE MORAL**

Por favor, señala con un círculo tu respuesta a las siguientes preguntas sobre tus actitudes hacia los roles sexuales del hombre y de la mujer. No hay respuestas buenas ni malas. Por favor, responde sinceramente.

**1= Totalmente de acuerdo**

**2= De acuerdo**

**3= Sin opinión**

**4= En desacuerdo**

**5= Totalmente en desacuerdo**

**1** Se espera que una mujer sea menos experimentada sexualmente que su pareja.

1 2 3 4 5

**2** A una mujer que sea sexualmente activa es menos probable que se le desee como pareja.

1 2 3 4 5

**3** Una mujer nunca debería aparentar estar preparada para un encuentro sexual.

1 2 3 4 5

**4** Es importante que los hombres sean experimentados sexualmente para poder enseñarle a la mujer.

1 2 3 4 5

**5** Una “buena” mujer nunca tendría una aventura de una noche, pero sí se espera que lo haga un hombre.

1 2 3 4 5

**6** Es importante que un hombre tenga múltiples encuentros sexuales para ganar experiencia.

1 2 3 4 5

**7** En el sexo, el hombre debe tomar el rol dominante y la mujer el rol pasivo.

1 2 3 4 5

**8** Es aceptable que una mujer tenga sus condones.

1 2 3 4 5

**9** Es peor que una mujer sea promiscua, a que lo sea un hombre.

1 2 3 4 5

**10** Es decisión del hombre comenzar el sexo.

1 2 3 4 5



## ANEXO V

## Escala de mitos sobre el amor (Bosch et al. 2007)

A continuación aparecen algunas ideas muy extendidas sobre el amor y su significado. Para cada una de ellas, indica hasta qué punto estás de acuerdo o en desacuerdo. Por favor, marca con una cruz el número que mejor se corresponda con tu **opinión general**.

Escala de respuesta

1	2	3	4	5
Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral (ni de acuerdo ni en desacuerdo)	De acuerdo	Completamente de acuerdo

		1	2	3	4	5
1	En alguna parte hay alguien predestinado para cada persona ("Tu media naranja").					
2	La pasión intensa de los primeros tiempos de una relación debería durar siempre.					
3	El amor es ciego.					
4	El matrimonio es la tumba del amor.					
5	Los celos son una prueba de amor.					
6	Se puede amar a alguien a quien se maltrata.					
7	Se puede maltratar a alguien a quien se ama.					
8	El verdadero amor lo puede todo.					





## ANEXO VI

## Escala de Conocimientos sobre VIH y otras ITS para adolescentes (ECI)

(Espada, Morales y Orgilés, 2013)

Por favor, señala en cada afirmación si es verdadera (Sí) o falsa (No). Si desconoces la respuesta marca la opción “dudoso”. Ten en cuenta que no hay respuestas ni buenas ni malas.

	Sí	Dudoso	No
1. El VIH se transmite por el aire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Es peligroso compartir alimentos o agua con personas seropositivas o enfermas de sida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Lavar la ropa con la de un seropositivo o enfermo de sida implica riesgo de contraer la enfermedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Dar un beso húmedo a una persona seropositiva es un riesgo para la transmisión del VIH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Abrazar y besar en la mejilla a una persona seropositiva implica riesgo de transmisión del VIH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Cuando un chico/a tiene gonorrea o gonococia no es necesario tratar a la pareja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. La gonorrea o gonococia se curan solas en la mayoría de los casos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La sífilis es una enfermedad prácticamente desaparecida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. La sífilis puede dejar lesiones permanentes si no se trata precozmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. El contagio de la sífilis actualmente es muy difícil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. La hepatitis B nunca deja secuelas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El sida es causado por un virus llamado “VIH”	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. La principal vía de transmisión del VIH en España es a través de las relaciones sexuales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Una mujer seropositiva embarazada puede transmitir el VIH a su bebé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El VIH se transmite por medio de secreciones vaginales y seminales, y la sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Existe riesgo de contraer el VIH por compartir jeringuillas contaminadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. El VIH afecta al sistema inmunológico humano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. El período ventana es el tiempo que tarda el cuerpo en producir anticuerpos tras la transmisión de VIH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. La prueba de detección del VIH se suele realizar mediante un análisis de sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. El preservativo es un método eficaz para evitar la transmisión del VIH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. El preservativo femenino es tan eficaz como el preservativo masculino para evitar la transmisión del virus del sida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. El anillo vaginal o el DIU son métodos eficaces para evitar el sida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Las píldoras anticonceptivas son eficaces para prevenir la transmisión del VIH en las relaciones sexuales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Practicar el coito haciendo la “marcha atrás” es una forma segura de practicar sexo sin riesgo de infección por VIH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



## ANEXO VII

## Encuesta Revisada de Opinión Sexual (EROS)

**Instrucciones:** Por favor, responde a cada una de las siguientes preguntas, con sinceridad. Marca con un círculo el número que mejor exprese tu opinión o sentimiento, dependiendo de tu grado de acuerdo o desacuerdo.

**1:** Máximo desacuerdo. **7:** Máximo acuerdo. **NO HAY RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS.**

	Totalmente en desacuerdo					Totalmente de acuerdo		
	1	2	3	4	5	6	7	
1. Pienso que ver una película o leer un libro con contenido erótico/sexual podría ser entretenido.	1	2	3	4	5	6	7	
2. El material erótico (libros y/o películas) de contenido sexual es algo sucio y la gente no debería utilizarlo.	1	2	3	4	5	6	7	
3. Bañarse desnudo/a con una persona del mismo u otro sexo podría ser una experiencia excitante.	1	2	3	4	5	6	7	
4. La masturbación puede ser una experiencia excitante.	1	2	3	4	5	6	7	
5. Sería agobiante para mí que la gente pensara que tengo interés por el sexo oral.	1	2	3	4	5	6	7	
6. Me atrae la idea de participar en una experiencia sexual en grupo.	1	2	3	4	5	6	7	
7. Me resulta excitante pensar en tener una relación sexual con penetración.	1	2	3	4	5	6	7	
8. Me excitaría sexualmente viendo una película de contenido sexual.	1	2	3	4	5	6	7	
9. Pensar que puedo tener tendencias sexuales distintas a la de mi propia orientación no me resultaría del todo embarazoso.	1	2	3	4	5	6	7	
10. No me resulta incómoda la idea de sentir atracción física por personas de mi propio sexo.	1	2	3	4	5	6	7	
11. Casi todo el material erótico me produce incomodidad.	1	2	3	4	5	6	7	
12. Me sentiría emocionalmente mal viendo a alguien exhibirse públicamente.	1	2	3	4	5	6	7	
13. No sería una experiencia muy excitante ver a una persona desnuda.	1	2	3	4	5	6	7	
14. No me agradaría ver una película erótica.	1	2	3	4	5	6	7	
15. Me incomoda pensar que puedo ver una película en la que aparezca masturbándose una persona.	1	2	3	4	5	6	7	
16. Es muy excitante imaginar prácticas sexuales poco comunes.	1	2	3	4	5	6	7	
17. Probablemente sería una experiencia excitante acariciar mis propios genitales.	1	2	3	4	5	6	7	
18. No me agrada tener sueños sexuales.	1	2	3	4	5	6	7	
19. No siento ninguna curiosidad por el material de contenido sexual (libros, revistas, películas, vídeos).	1	2	3	4	5	6	7	
20. No me disgusta imaginar que tengo relaciones sexuales con más de una persona.	1	2	3	4	5	6	7	



## ANEXO VIII

### Versión en castellano del Ambivalent Sexism Inventory\*

A continuación se presentan una serie de frases sobre los hombres y las mujeres y sobre su relación mutua en nuestra sociedad contemporánea. Por favor, indica el grado en que estás de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las frases usando la siguiente escala:

0	1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Levemente en desacuerdo	Levemente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo

Ahora, sobre la línea que antecede a cada frase, escribe el número de la escala que mejor representa tu opinión sobre esa frase.

1. \_\_\_\_ Aun cuando un hombre logre muchas cosas en su vida, nunca podrá sentirse verdaderamente completo a menos que tenga el amor de una mujer.
2. \_\_\_\_ Con el pretexto de pedir “igualdad”, muchas mujeres buscan privilegios especiales, tales como condiciones de trabajo que las favorezcan a ellas sobre los hombres.
3. \_\_\_\_ En caso de una catástrofe, las mujeres deben ser rescatadas antes que los hombres.
4. \_\_\_\_ La mayoría de las mujeres interpreta comentarios o conductas inocentes como sexistas, es decir, como expresiones de prejuicio o discriminación en contra de ellas.
5. \_\_\_\_ Las mujeres se ofenden muy fácilmente.
6. \_\_\_\_ Las personas no pueden ser verdaderamente felices en sus vidas a menos que tengan pareja del otro sexo.
7. \_\_\_\_ En el fondo, las mujeres feministas pretenden que la mujer tenga más poder que el hombre.
8. \_\_\_\_ Muchas mujeres se caracterizan por una pureza que pocos hombres poseen.
9. \_\_\_\_ Las mujeres deben ser queridas y protegidas por los hombres.
10. \_\_\_\_ La mayoría de las mujeres no aprecia completamente todo lo que los hombres hacen por ellas.
11. \_\_\_\_ Las mujeres intentan ganar poder controlando a los hombres.
12. \_\_\_\_ Todo hombre debe tener una mujer a quien amar.
13. \_\_\_\_ El hombre está incompleto sin la mujer.
14. \_\_\_\_ Las mujeres exageran los problemas que tienen en el trabajo.
15. \_\_\_\_ Una vez que una mujer logra que un hombre se comprometa con ella, por lo general intenta controlarlo estrechamente.
16. \_\_\_\_ Cuando las mujeres son vencidas por los hombres en una competencia justa, generalmente ellas se quejan de haber sido discriminadas.
17. \_\_\_\_ Una buena mujer debería ser puesta en un pedestal por su hombre.
18. \_\_\_\_ Existen muchas mujeres que, para burlarse de los hombres, primero se insinúan sexualmente a ellos y luego rechazan los avances de éstos.
19. \_\_\_\_ Las mujeres, en comparación con los hombres, tienden a tener una mayor sensibilidad moral.
20. \_\_\_\_ Los hombres deberían estar dispuestos a sacrificar su propio bienestar con el fin de proveer seguridad económica a las mujeres.
21. \_\_\_\_ Las mujeres feministas están haciendo demandas completamente irracionales a los hombres.
22. \_\_\_\_ Las mujeres, en comparación con los hombres, tienden a tener un sentido más refinado de la cultura y el buen gusto.



## ANEXO IX

### PUBLICACIONES DERIVADAS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN I.

**Título:**

Evaluation of Strategies for the Prevention of HIV and STIs in Spanish Adolescents.

**Autores:**

Cristina Guerra<sup>1\*</sup>, Francisco Javier del Rio<sup>2,3</sup>, Isabel Maria Morales<sup>1</sup> and Francisco Cabello-Santamaria<sup>2</sup>

<sup>1</sup>University of Malaga, Malaga, Spain

<sup>2</sup>Andalusian Institute of Sexology and Psychology, Malaga, Spain

<sup>3</sup>Area of methodology, Department of Psychology, University of Cadiz, Cadiz, Spain

**\*Corresponding author:** Cristina Guerra Marmolejo, University of Malaga, C/ Calzada 8, 29109, Tolox (Malaga), Spain, Tel: 610999974; E-mail: [cristina.guerra@uma.es](mailto:cristina.guerra@uma.es)

Received: October 3, 2016; Accepted: November 14, 2016; Published: November 19, 2016

Citation: Guerra C, del Rio FJ, Morales IM, Cabello-Santamaría F (2016) Evaluation of Strategies for the Prevention of HIV and STIs in Spanish Adolescents. SOJ Nur Health Care 2(2): 1-5.

## Abstract

**Introduction:** In Spain, were recorded in the 2014, 3366 new diagnosis of VIH, of which 1.9% were adolescents under the age of 20 years. Among the UNAIDS targets for 2020, is that almost all of them are empowered with the skills, knowledge and capability to protect themselves from HIV. From nursing in the area of health prevention, one searches for to better understand the factors influencing the protection of this disease in adolescents.

**Objectives:** The specific objectives are: a) to analyse the level of knowledge about HIV and STIs and attitudes toward sexuality (erotophilia-erotophobia) of adolescents; b) measure the differences between the various academic courses; c) evaluate sources of information on sexuality which uses this population; d) correlating the level of knowledge about HIV and STIs with erotophilia level.

**Method:** The sample was composed of adolescents ( $n = 879$ ) between 12 and 18 years, from five High School of the province of Malaga, obtained through non-probability sampling. EROS and ECI questionnaire were used and Spearman's bivariate correlation were run to analyse the relationship between two questionnaires.

**Result:** The Scale of knowledge about HIV and other STIs (ECI), it was observed that the items they scored lowest were those related to the mechanisms of HIV transmission, followed by the related to the knowledge about the effective contraceptive methods to prevent the transmission of STIs. A coefficient significant negative correlation was obtained in the test of Spearman's bivariate correlation. In addition, statistically significant difference was found in sexual attitudes among the students of the first course in front of the other.

**Conclusion:** The adolescents in this study presented a significant disinformation, with a percentage of success in around 50% on STIs and HIV. Those who show a more positive attitude toward sexuality have a lower knowledge on HIV and STIs. It is a matter of priority an action plan in this area carried out by the nurse in order to better



understand what influences an effective sex education besides preventing the transmission of HIV and other STIs.

**Keywords:** HIV and STI knowledge; prevention HIV; Adolescent; Sexual education

## Introduction

According to the data of UNAIDS [1], in 2015, 36.9 million people lived in the world with HIV, of which 2.1 million were new diagnosis. The global distribution of HIV/AIDS is very different depending on the world regions. In Western Europe, the number of new HIV infections has remained stable since the year 2000 [2], not so the number of new infections by other sexually Transmitted Infections (STIs), which have increased in recent years [3,4]. The situation in Spain is similar to Europe, registering 3366 new diagnosis of HIV in 2014, of which 1.9% was teenagers under 20 years [5]. In response to the transmission route, the 53.9% is produced by homosexual relationships (man-man) and 26.0% by heterosexual ones [5]. This picture is very different to that of the first years of the millennium, where injection drug users represented the collective of higher risk of transmission. To put an end to the AIDS pandemic, from the "Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS) for 2016-2021" have been agreed upon several targets for 2020, among which are that 90% of men and women, especially young people, have access to HIV combination prevention programs, and that almost all of them are empowered with the skills, knowledge and ability to protect themselves from HIV [6]. These two targets synthesize the maximum nurse of preventive health care, based on the principle that prevention of the transmission of HIV is the first and most effective way for eradicating AIDS.

Since the prevention and promotion nurse, several strategies to eradicate the virus are implemented. In the primary prevention of public health, need to search for first the target populations to act directly on them, of which is, among others, the adolescent population, due to its recent awakening to the sexually active and their perception of immunity before the risks [1,7]. It is the function of the community nurse ensures the prevention of the diseases that may affect the sexual health of adolescents in general, and especially of those with who works. Adolescents live an unstable stage influenced on one side by the body and hormones changes, which behaves like an adult body, and

secondly by the psychological development, which is still between child thinking and adult thinking difficult responsible decision making. [8]. In Spain, as in other countries, adolescents, due to the sexual liberation that has occurred in the society, begin to have active sexuality increasingly younger ages, currently at about the age of 14 [9-11]. As evidenced by the recent studies, early initiation of sexual intercourse, as well as the use inconsistent condom, is a risk factor for the transmission of STIs [4,10]. Likewise, the sexual intercourse of the adolescents are influenced by the erroneous knowledge that have [12,13] and attitudes toward sexuality, both own as the social environment in which they live [14]. Erotophilia-erotophobia, is a bipolar concept defined by Fisher, Byrne, White and Kelley [15], as the arrangement learned the response to sexual stimulation along a continuum that extends from a negative pole (erotophobia) to a pole positive (erotophilia), based on an affective evaluation. This attitude influences the sexual behaviour of people. The people who are more erotofílicas tend to have sexual behaviour that involve less risk, such as the use of condoms, favourable attitudes toward the contraceptive methods and skills more effective for the prevention of STI [16].

Besides, has been proven in recent studies that, despite the existence of sex education programs instituted by nurses in the centres of education, adolescents consult health professionals less frequently to be informed about sexuality. Instead, they say they usually search that information on friends, parents and, increasingly growing on the Internet [10,17,18]. This fact is worrying, because best prepared people to provide sexual information are less taken into account, increasing the probability of receiving little and incomplete knowledge, moreover inaccurate and sometimes even up to contradictory only favour the adoption of risk behaviours and negative attitudes towards sexuality.

The knowledge of HIV and STIs is essential to lay the groundwork for the sex education programs carried out by the nurses, with the aim of building a healthy and positive sexuality [12]. From the investigation it is suggested the hypothesis that the students of 1st Compulsory Secondary Education (ESO) will have less knowledge than those of other courses. The specific objectives are: a) to analyse the level of knowledge about HIV and STIs and attitudes toward sexuality (erotophilia-erotophobia) of adolescents; b) evaluate sources of information on sexuality which uses this population;

c) correlating the level of knowledge about HIV and STIs with erotophilia level; d) measure the differences between the various academic courses.

## Material and Methods

### Subject

The present investigation was conducted in five High Schools of the province of Malaga, with students between 12 and 18 years, with a mean age of 14.85 years (SD = 1.32). The total sample (n = 879), was comprised of 439 (49.94%) men and 440 (50.06%) women.

The distribution of the sample according to the school year, 53 (6.03%) was coursed 1<sup>st</sup> Compulsory Secondary Education (ESO), 136 (15.47%) 2<sup>nd</sup> ESO, 347 (39.48%) 3<sup>rd</sup> ESO and 343 (39.02%) 4<sup>th</sup> ESO.

Admit to having had sexual intercourse 190 adolescents (22.35%), with a mean age of 14.53 years (SD = 1.19) in his first relationship. Heterosexual were declared the 95.69% (821) of the sample, the 1.86% (16) stated homosexual and 2.45% (21) stated bisexual.

### Instruments

There was also an ad hoc questionnaire to know the demographic data of the participants, in which they were asked, among other variables: age (response multiple), gender (response dichotomy), having couple (yes/no), having sexual intercourse (yes/no), age at first sexual intercourse (response multiple), academic course (response multiple), where they get information on sexuality (response multiple) and sexual orientation (response multiple).

Revised survey of Sexual Opinion (EROS) [19], is an adaptation of the Spanish version [20] of the original questionnaire Sexual Opinion Survey [15]. EROS is answered on a Likert scale of 1 to 7, where 1 means completely disagree, and 7 fully agree. Evaluates the sexual attitudes, in a bipolar continuous in which one end would be a negative attitude about sexuality, rejecting sexual stimuli (erotophobia), and at the other end would be people with positive attitudes toward sexuality. The Cronbach's alpha of the

questionnaire EROS was 0.835. EROS includes 4 factors: erotophobia, erotophilia, homophobia and sex unconventional. The total scores will fluctuate between 0 (maximum erotofobia) and 120 (maximum erotofilia).

Scale of knowledge about HIV and other STIs (ECI), created by Espada, et al. [12] for adolescent population. ECI is a scale with three response options, true, false and does not answer. Assesses the knowledge that participants have on HIV and STIs. ECI consists of five factors: knowledge about HIV transmission, general knowledge of HIV, prevention of HIV, condom and other STIs. The Cronbach's alpha of the questionnaire ECI was 0.776. The questionnaire is corrected by adding up all the successes.

### **Procedure**

There was a non-probabilistic sampling by conglomerate, selecting middle-high schools of the province of Malaga (Spain). Were contacted the directors of the middlehigh schools elected to seek your consent. If a school declined to participate in the research it was replaced by another of the same characteristics. In turn, the center directors, report by the School Board parents. Once you have obtained the informed consent, he turned to the Classrooms in hours of tutoring, and gave each student a booklet with the questionnaires on paper, completely anonymous in that no information that could identify the teenager is not requested. In the realization of the questionnaires employed approximately 20 minutes. Subsequently these booklets are introduced into the system of statistical data with a number for the data protection. It should be noted that 1 and 2 of ESO have not received specific courses on sex education.

### **Data Analysis**

Descriptive analyses were performed with the demographic data, average and standard deviation, in addition to the calculation of the percentages. The calculation was performed of the Kolmogorov-Smirnov Test to analyse the data normality of the sample. The test was conducted of bivariate correlation of Spearman to analyse the relationship between the variables.

It is also performed tests of Kruskal-Wallis and Mann-Whitney U-test to compare the differences obtained in the mean scores in the questionnaires. Data analysis was carried out with the SPSS® v.19.

## Results

### Descriptive Data

The mean score and the standard deviation in each one of the questionnaires, in function of the academic year and the total, is presented in Table 1.

As one can see in the table above, adolescents in the sample have a tendency towards erotophilia, which increases with academic courses. On the contrary, they show a lower score on the questionnaire ECI as the school year progresses, although all courses have an average score.

In this study will analyse the items separately because it is considered more important the analysis of some items exclusively due to the erroneous knowledge specific more than an analysis of the factors. Were calculated the percentage of success for each of the items in the questionnaire ECI, the data are presented in Table 2.

As noted in the data, the lowest scores are those of items 1 (19.7%), 2 (33.5%), 3 (35.1), 4 (32.7%), 5 (22.6%) and 18 (15.6%); which do not exceed the 50% of success, which are related to the mechanism of transmission of HIV. There was also a low percentage of success in items 21 (55.2%), 22 (46.3%), 23 (34.1%) and 24 (30.1%), related to the knowledge about the effective contraceptive methods to prevent the transmission of STIs; in this line of knowledge, the highest percentage of success what gets the item 20 (74.4%), on the male condom. There is a high percentage of success also in the items that query on the other STIs, that are not HIV: item 6 (62.5%), 7 (72.7%), 8 (69.6%), 9 (24.4%), 10 (72.5%) and 11 (63.9%).

It must be pointed out that when they are consulted on where to obtain sexual information, as a first option point, they respond among others: friends 19.23%, internet 19.22%, High School 13.09%, father and mother 12.06%, sexual education 9.67%,

doesn't answer 7.17%, television 3.75%, "on the street" 3.65%, family (in general) 2.95% and any information 2.05%.

**Table 1:** Mean scores and standard deviations in the questionnaires according to the academic years and total score.

		EROS		ECI	
Academic Year	n	M	SD	M	SD
1 <sup>st</sup> ESO	53	52.77	18,94	12,93	2.57
2 <sup>nd</sup> ESO	136	62,04	21.51	12.61	2.56
3 <sup>rd</sup> ESO	347	64,80	19.38	12.41	2.33
4 <sup>th</sup> ESO	343	65,89	18.39	12.43	2.28
Total	879	64,08	19.54	12.48	2.36

Note: n: number of people; M: Mean; SD: Standard Deviation; ESO: Compulsory Secondary Education; EROS: Revised Sexual Opinion Survey; ECI: Scale of knowledge about HIV and other STIs.

**Table 2:** Percentages and frequency of wisdom correct in each item of the questionnaire ECI (Scale of knowledge about HIV and other STIs).

	n	%
1. HIV is transmitted by air	172	19.7
2. It is dangerous to share food or water with HIV positive or AIDS infected persons	294	33.5
3. Wash the clothes of a HIV positive or AIDS patient involves risk of contracting the disease	307	35.1
4. Give a wet kiss to a person with HIV is a risk for the transmission of HIV	287	32.7
5. Embrace and kiss on the cheek to an HIV-positive person carries the risk of HIV transmission	198	22.6
6. When a boy/girl has gonorrhoea or gonorrhoea is not necessary to treat the couple	549	62.5
7. The gonorrhoea cure themselves in most cases	635	72.7

8. Syphilis is a disease practically disappeared	608	69.6
9. The syphilis can leave permanent damage if not treated early	214	24.4
10. The contagion of syphilis is currently very difficult	634	72.5
11. The hepatitis B never leaves sequelae	604	69.3
12. AIDS is caused by a virus called "HIV"	638	73.4
13. The main route of HIV transmission in Spain is through sexual intercourse	730	83.1
14. A pregnant woman with HIV can transmit HIV to your baby	467	53.5
15. HIV is transmitted through vaginal secretions and semen, and blood	615	70.5
16. There is a risk of contracting HIV by sharing contaminated needles	632	72.1
17. HIV affects the immune system	486	55.5
18. The window period is the time it takes the body to produce antibodies after the transmission of HIV	136	15.6
19. The HIV test is usually done using a blood analysis	604	69.2
20. The condom is an effective method to prevent the transmission of HIV	651	74.4
21. The female condom is as effective as the male condom to prevent the transmission of the AIDS virus	481	55.2
22. The vaginal ring or the IUD are effective methods to prevent AIDS	404	46.3
23. Birth control pills are effective in preventing the transmission of HIV in sexual relations	298	34.1
24. Practice the intercourse by making the "pull out method" is a sure way of having sex without risk of infection by HIV	264	30.1

Note: n: number of people who guessed; %: valid percentage of success

It is noteworthy that some participants also mentioned: "of everything" 1.25%, brothers/sisters 1.14%, own experiences 1.02%, books 1.02%, pornographic 0.80%, healthcare professional 0.57%, heard around 0.46%, nature 0.34%, couple 0.11%, news 0.11%, documentary 0.11% and radio 0.11%.

## Contrast of Variables

It performs the Kolmogorov-Smirnov normality test, where it is observed that the total score in the questionnaire EROS has a normal distribution (sig. 0.401), but not the total score in the questionnaire of ECI, which does not meet the criterion of normality (sig. 0.000), therefore, the contrast analysis used nonparametric tests.

The test was conducted of the bivariate correlation of Spearman between the scores obtained in the two questionnaires, resulting in a significant correlation (0.05) being the correlation coefficient negative (-.091), which indicates that adolescents who have less knowledge about HIV and STIs are those that present a higher score in the questionnaire of sexual attitudes (1<sup>st</sup>, EROS = 52.77, ECI = 12.93), i.e., those who are more likely to engage in sexual intercourse.

The Kruskal-Wallis test was realized to contrast the differences found between the different academic years in each of the questionnaires. Test indicates that there are significant differences in response to the variable academic year in the mean score in the questionnaire EROS, not in the questionnaire ECI. Because of the characteristics of this test, it is unknown between what academic years is the difference therefore is performed The Mann-Whitney U test with the courses taken two by two. The differences are between the first and second courses ( $Z = -2.769$ ;  $p = 0.006$ ), first and third ( $Z = -4.092$ ;  $p = 0.000$ ), and first and fourth ( $Z = -4.354$ ;  $p = 0.000$ ). In the other courses difference we were found statistically significant.

## Discussion

Following the first objective of this research, analysis of attitudes and knowledge of Spanish adolescents about HIV and other STIs, it is observed in these data a medium level of knowledge (ECI Total = 12.48), and they have an attitude toward sexuality tending towards erotophilia but not too pronounced (EROS Total = 64.08). These data show a similar knowledge to other recent studies, in which it is noted that it is necessary to improve the knowledge of the adolescents in this matter, because it is not knowledge high [4,12,13,17]. It is to be noted that the results obtained approximately three quarters of the adolescent population is unaware of the mechanisms of transmission of HIV, and



more or less half of them are unaware of the effective contraceptive methods to prevent the transmission of STIs. The lack of knowledge about HIV and other STIs may be related to the place where teenagers get information about sexuality. As has been observed in this study mostly resort to friends and Internet, and having gone down in recent years the weight of information obtained through professional (teachers, nurses, doctors, etc.) and parents, compared to other studies [18]. These data can be related to the negative perception that adolescents have about sex education, feeling her as shameful and distant from their interests [21]. Draws attention how some point to obtain that information from the pornography, taking into account that they are all underage; or of the nature, which implies that given by known knowledge that they do not possess. It is important the impact it can have on where adolescents get information on sexuality about an increased risk of HIV transmission. This is a result of information obtained through friends, Internet or pornography shows erroneous understanding of the mechanism of transmission of STIs, methods of protection against them and even false knowledge about their own ITS and what a positive attitude towards sexuality. The importance that is taking the Internet in the sexual life of adolescents, as observed in the data is worrying, because that is increasing cases of sexing and cybersex, practices they themselves associated with sexual bullying behaviours and with the dissemination of images or Internet pornographic videos [4,22].

As can be seen in the correlations between the two questionnaires, there is a negative correlation between the mean scores of the Questionnaires EROS and ECI, which opens another issue of concern to the adolescent sexuality. These data show that those teenagers who have less knowledge about transmission of STIs are those that have a higher predisposition to have sexual relations. The fact of having a greater lack of knowledge of STIs and more positive attitudes toward sexual intercourse, relate with the possibility to perform risk practices. Since both not have a high level of knowledge about HIV and have a positive attitude towards sexuality are considered risk factors for carrying out risk behaviours [4]. Between the practices of risk observed in this study highlights, first have an early beginning of the coital activity, being the average age 14.53, data that are consistent with the recent research [10,11]. The knowledge and attitudes of risk, together with the risk practices are factors that put at risk the sexual health of adolescents.

As has been observed in the results, one confirms that influences the academic year in attitudes toward sexuality, but not in the knowledge about HIV and STIs. These data are considered very important because knowledge of STIs themselves is taught in sex education received by adolescents, imparted by the community nurses, in the study in the last two academic years. However, they not always are formed in an affective-sexual education, which is where attitudes toward sexuality is taught, and this itself is influenced by the academic year. Moreover, we must bear in mind that today's teens are considered in gave the most prepared and most likely to access information generation. But, nevertheless, they continue to have high misinformation in what refers to sexual health.

One can say, it is the duty of the nursing profession and the institutions responsible for sexual education in adolescence analyse what is bad for teens are not well informed on sexual health. That is why we have to emphasize the prevention strategies to follow to prevent STIs, among them would do campaigns for early detection of STIs, and of training courses in knowledge of the unhealthy behaviours and the risks that concern. Another main work of nursing is the promotion of health and within it of healthy and positive sexuality. On the basis of this principle should be give personal tools to adolescents so that they can discard the risk behaviours that involve a possible disease. Finally, it seems necessary that an issue as important as is the sexual education is carried out by nurses specialized in sexology and with a dynamic and active methodology that involve the adolescent of their own learning and responsible for their sexual health, promoting a positive attitude to sexuality, and always healthy.

## **Conclusions**

Adolescents in this study presented a significant disinformation, with a percentage of appropriate knowledge in around 50% on STIs and HIV. Furthermore, it is paradoxical effect having sexual attitudes, being those highest score in the questionnaire EROS demonstrate the least knowledge. On the other hand, confirms that influences the academic year in attitudes toward sexuality, but not in the knowledge about HIV and STIs. It is priority an action plan in this area with the aim of better understanding what

influences an effective sexual education, in order to prevent the transmission of HIV and other STIs.

### Limitations

The study results must be interpreted in the light of several features. Such as the distribution was not fair by academic year, and that the chosen centres correspond to a single province of Spain so can't be generalized. In the same way, those centres participating in the study were assumed greater awareness of the importance of sex education for adolescents, since they did not reject the investigation. In relation to the data, a limitation of this study is that it has not analysed the age variable, because what we wanted to discuss was the influence of the academic year because sex education is taught in the last two years.

### Acknowledgments

The authors would like to thank the following High Schools their participation in the next research: Alfaguara, Casabermeja, Emilio Prados, Fernando de los Ríos and Montecillos.

### References<sup>Top</sup>

1. [UNAIDS. AIDS by the numbers, 2016. Geneva. 2016.](#)
2. [UNAIDS. AIDS by the numbers, 2015. Geneva. 2015.](#)
3. [Grupo de trabajosobre ITS. Infecciones de transmisión sexual: Diagnóstico, tratamiento, prevención y control. Madrid. 2011.](#)
4. [Calatrava M, López-Del Burgo C, de Irala J. \[Sexual risk factors among European young people\]. Med Clin \(Barc\). 2012; 138\(12\):534-40. doi: 10.1016/j.medcli.2011.07.020.](#)
5. Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida

- S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología / Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII. Madrid; Nov 2015.

6. [UNAIDS. UNAIDS Strategy 2016-2021. Geneva. 2015.](#)
7. [McIntyre P. Adolescent Friendly Health Services; an Agenda for Change. WHO. Geneva. 2002.](#)
8. [López Sánchez F. Adolescencia. Necesidades y problemas. Implicaciones para la intervención. In:Rev. Adolescere. IV Curso de la SEMA. 2015;3\(2\):9-17.](#)
9. [Teva I, Bermúdez MP, Buela-Casal G. Sexual sensation seeking, coping styles, social stress and their association with adolescent sexual behaviour. AnPsicol. 2011;27\(1\):35-46.](#)
10. [Rodríguez Carrión J, Traverso Blanco CI. \[Sexual behaviour in adolescents aged 12 to 17 in Andalusia \(Spain\)\]. Gac Sanit. 2012;26\(6\):519-524. doi: 10.1016/j.gaceta.2012.02.005.](#)
11. [Giménez-García G, Ruiz-Palomino E, Gil-Llario MD, Ballester-Arnal R, Castro-Calvo J. Una perspectiva de género en el estudio de conductas de riesgo de los adolescentes. Infad Psicol Infanc Adolesc. 2016; 2\(1\):189-98. doi: 10.17060/ijodaep.2016.n1.v2.210.](#)
12. [Espada JP, Guillén-Riquelme A, Morales A, Orgilés M, Sierra JC. \[Validation of an HIV and other sexually transmitted infections knowledge scale in an adolescent population\]. Aten Primaria. 2014;46\(10\):558-564. doi: 10.1016/j.aprim.2014.03.007.](#)
13. [Espada JP, Escribano S, Orgilés M, Morales A, Guillén-Riquelme A. Sexual risk behaviors increasing among adolescents over time: comparison of two cohorts in Spain. AIDS Care. 2015;27\(6\):783-788. doi: 10.1080/09540121.2014.996516](#)
14. [Bermúdez MP, Ramiro-Sánchez T, Ramiro MT. Capacidad predictiva de la erotofilia y variables sociodemográficas sobre el debutsexual. Reviberoampsicolsalud. 2014;5\(1\):55-70.](#)

15. [Fisher W, White L, Byrne D, Kelley K. Erotophobia-erotophilia as a dimension of personality. J Sex Res. 1988;25\(1\):123-151. doi:10.1080/00224498809551448](#)
16. [Heras D, Lara F, Fernández-Hawrylak M. Evaluation of the Effects of the Sexual Education Programme SOMOS on Sexual Experience and Attitudes of Adolescents Towards Sexuality. Rev Psicodidáctica. 2016 21\(2\):321-337. doi:10.1387/RevPsicodidact.14300](#)
17. Molina O, Méndez I, Martínez JP. Conductas y educación sexual en cuarto curso de Educación Secundaria Obligatoria. Eur J Health Research. 2015;1(2):37-50. doi: [10.1989/ejhr.v1i2.4](#).
18. [Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A. \[Sexual and reproductive health and the economic crisis in Spain. SESPAS report 2014\]. Gac Sanit. 2014;28:109-15. doi: 10.1016/j.gaceta.2014.03.007.](#)
19. [del Río Olvera FJ, López Vega DJ, Cabello Santamaría F. Adaptation of the Sexual Opinion Survey: Revised Sexual Opinion Survey. RevIntAndrol. 2013;11\(1\):9-16. doi: 10.1016/j.androl.2012.09.003.](#)
20. Carpintero E, Fuertes A. Validación de la versión castellana del "Sexual Opinion Survey" (SOS). C Med Psicosom. 1994;31:52-61.
21. [Pound P, Langford R, Campbell R. What do young people think about their school-based sex and relationship education? A qualitative synthesis of young people's views and experiences. BMJ Open 2016;6:e011329. doi: 10.1136/bmjopen-2016-011329.](#)
22. [Folch C, Álvarez JL, Casabona J, Brotons M, Castellsagué X, Grupo Jóvenes e Internet. \[Factors Associated with Sexual Risk Behaviour Among Young People in Catalonia\]. RevEspSaludPublica. 2015;89\(5\):471-85. doi: 10.4321/S1135-57272015000500005.](#)



## **ANEXO X**

### **PUBLICACIONES DERIVADAS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN II.**







# Revista Internacional de Andrología

[www.elsevier.es/andrologia](http://www.elsevier.es/andrologia)



## ORIGINAL

# Validación de la versión reducida para adolescentes de la Encuesta revisada de opinión sexual

Cristina Guerra<sup>a,\*</sup>, Francisco Javier del Río<sup>b,c</sup>, Isabel María Morales<sup>a</sup> y Francisco Cabello<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Universidad de Málaga, Málaga, España

<sup>b</sup> Departamento de Investigación, Instituto Andaluz de Sexología y Psicología, Málaga, España

<sup>c</sup> Área de Metodología, Departamento de Psicología, Universidad de Cádiz, Cádiz, España

<sup>d</sup> Instituto Andaluz de Sexología y Psicología, Málaga, España

Recibido el 24 de mayo de 2016; aceptado el 17 de octubre de 2016

## PALABRAS CLAVE

Encuesta Revisada de Opinión Sexual;  
Adolescentes;  
Erotofobia-erotofilia;  
Actitudes sexuales;  
Educación sexual

## Resumen

**Introducción:** La Encuesta revisada de opinión sexual (EROS) mide las actitudes sexuales, pero puede resultar extensa para población adolescente. Las actitudes sexuales son importantes de conocer debido a que son uno de los factores que determinan las conductas sexuales.

**Objetivo:** Crear una versión reducida, válida y fiable de dicha escala. También se estudia la influencia del sexo, el tener pareja y el curso escolar.

**Material y método:** El muestreo se realizó por conglomerado no probabilístico, de lo que resultó una muestra de 879 adolescentes, con edades comprendidas entre 12 y 18 años. Se utilizó el cuestionario EROS. Se realizó el cálculo de la ecuación Spearman-Brown para calcular el número definitivo de ítems.

**Resultados:** La ecuación de Spearman-Brown aconseja reducir a 8 ítems la versión definitiva, eligiéndose aquellos que presentaban una mejor correlación ítem-total corregida. Igualmente, el coeficiente alfa de Cronbach indicó una alta consistencia interna de la prueba (0,839). Tras realizar el análisis factorial exploratorio utilizando el análisis de componentes principales y la rotación varimax, se obtuvieron 2 factores, que explican el 60,49% de la varianza. Además, se comprueba que existen diferencias significativas en función de las variables sexo, pareja y curso escolar.

**Conclusiones:** La versión reducida de EROS presenta parámetros adecuados para ser utilizada en investigación. Tiene como ventaja ser más accesible para la población adolescente. Por otro lado, se confirma que el sexo, el curso escolar y el tener pareja influyen en la respuesta ante los estímulos sexuales en dicha población.

© 2016 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [cristina.guerra@uma.es](mailto:cristina.guerra@uma.es) (C. Guerra).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.androl.2016.10.006>

1698-031X/© 2016 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Cómo citar este artículo: Guerra C, et al. Validación de la versión reducida para adolescentes de la Encuesta revisada de opinión sexual. Rev Int Androl. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.androl.2016.10.006>



## KEYWORDS

Revised Sexual  
Opinion Survey;  
Adolescents;  
Erotophobia-  
erotophilia;  
Sexual attitudes;  
Sexual education

## Validation of the reduced version for adolescents of the Revised sexual opinion survey

### Abstract

**Introduction:** The Revised sexual opinion survey (R-SOS) measures sexual attitudes, but it can be extensive for adolescent population. It is important to know sexual attitudes, because they are one of the factors that determine sexual conducts.

**Objective:** To create a limited, valid and reliable version of the abovementioned scale. The influence of sex, having a relationship and the academic year is also studied.

**Material and method:** Sampling was carried out by non-probabilistic cluster. This resulted in a sample of 879 adolescents, between 12 and 18 years of age. The questionnaire R-SOS was used. The calculation of the equation Spearman-Brown was performed to obtain the definitive number of items.

**Results:** The Spearman-Brown equation advises to reduce the definitive version to 8 items. Those items that presented a better total-item correlation were elected. Likewise, Cronbach's alpha rate indicated high internal consistency of the test (0.839). Besides, it is proved that significant differences exist according to the variables of sex, being in a relationship and the academic year. Two factors were obtained which explain 60.49% of the variance after conducting the exploratory factor analysis using the analysis of main components and the rotation varimax.

**Conclusions:** The reduced version of R-SOS has adequate parameters to be used in the research. One of its advantages is that it is more accessible for the adolescent population. On the other hand, it has been confirmed how sex, the academic year and being in a relationship influence the answer to sexual stimulants of the abovementioned population.

© 2016 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

Las actitudes son un conjunto de creencias, sentimientos y tendencias a actuar, mediante las cuales el individuo se adapta de forma activa a su entorno. Tienen, por lo tanto, componentes cognitivos (prejuicios positivos o negativos), afectivos (reacción de aceptación o rechazo) y conductuales (inclinación a actuar de una forma u otra)<sup>1</sup>. Las actitudes son muy importantes, sobre todo cuando se trata de temas socialmente polémicos o que afectan a más de una persona. Es lo que pasa, de manera acentuada, en los temas sexuales y, por lo tanto, en las conductas sexuales con las que las personas se adaptan a la sociedad en la que viven.

Las actitudes sexuales, según Fisher y Hall<sup>2</sup>, se basan en el constructo erotofilia-erotofobia. Estos autores hablan de erotofilia (actitud positiva hacia estímulos sexuales) y erotofobia (actitud negativa) como los 2 extremos de un continuo bipolar con el que las personas reaccionan ante los estímulos sexuales. Dicha actitud influye en las conductas sexuales de estas, en función del lugar que ocupe en ese continuo.

Las actitudes sexuales implican preferencias hacia una conducta sexual determinada y están condicionadas por valores personales. Estas actitudes sexuales se construyen con opiniones, sentimientos y conductas que tienen su origen en la experiencia sexual previa<sup>3</sup>. Debido a que las actitudes moldean el comportamiento y la forma de adaptarse de los individuos al medio, es importante conocer de las nuevas generaciones, en este caso los adolescentes, sus actitudes para así entender cómo se enfrentan a los encuentros sexuales. Algunos estudios indican que los

adolescentes presentan con frecuencia conductas sexuales de riesgo<sup>4</sup> y mantienen actitudes machistas y negativas sobre la sexualidad<sup>5</sup>. Siendo la adolescencia una etapa en la que predominan la impaciencia, la impulsividad y la recompensa inmediata, es recomendable la utilización de cuestionarios breves para evaluarlos en este período de la vida.

Por todo ello, el objetivo de esta investigación es crear una versión reducida, válida y fiable de la Encuesta revisada de opinión sexual (EROS)<sup>6</sup> para medir las actitudes sexuales adaptadas a la población adolescente; así mismo se proporcionarán datos sobre su validez interna y se presentarán baremos en función del sexo.

## Material y métodos

### Sujetos

La investigación se llevó a cabo en 5 institutos de la provincia de Málaga, con estudiantes de edades comprendidas entre 12 y 18 años, con una media de 14,87 años y una desviación típica (DT) de 1,24. El número total de estudiantes participantes fue de 879, de los cuales el 49,94% (439) eran hombres y el 50,06% (440) eran mujeres. El 64,38% (564) afirmaba que había tenido pareja y el 35,62% (312) señalaba que no había tenido pareja, siendo la edad media de la pareja de 12,54, con una DT de 2,11. Reconoce haber tenido relaciones sexuales el 22,35% (190), con una media de edad de 14,53 años (DT = 1,19) en su primera relación. El 26,39% (232) vivía en una población rural y el 73,61% (647) vivía en una población urbana. Se declaraba heterosexuales el 95,69% (821) de

la muestra, el 1,86% (16) se declaraba homosexual y 2,45% (21) se declaraba bisexual. Finalmente, se debe señalar que el 6,03% (53) se encontraban cursando estudios de primero de ESO, el 15,47% (136) cursaba segundo de ESO, el 39,48% (347) cursaba tercero de ESO y el 39,02% (343) cursaban cuarto de ESO.

## Instrumentos

El instrumento utilizado fue la EROS<sup>6</sup>, una adaptación del cuestionario original Sexual Opinion Survey (SOS)<sup>7</sup>, validada en España por Carpintero y Fuertes<sup>8</sup>. El cuestionario se contesta en una escala tipo Likert, de 1 a 7, en la que 1 significa totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo.

## Procedimiento

Se realizó un muestreo por conglomerado no probabilístico, seleccionando institutos de la provincia de Málaga. Se seleccionaron 5 institutos al azar, diferenciándolos si eran urbanos o rurales. Si algún instituto no aceptaba la investigación, se buscaba otro al azar perteneciente al mismo medio.

## Análisis de datos

Se realizó el cálculo de la ecuación de Spearman-Brown que relaciona la longitud de un cuestionario con su fiabilidad, para saber qué número de ítems debía tener la versión reducida. Se realizó el cálculo de la correlación ítem-total para la selección de los ítems, y el alfa de Cronbach para medir la validez interna del cuestionario. Para el estudio de la estructura factorial se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio con el método de componentes principales y la rotación varimax, verificando previamente los supuestos de dicho análisis mediante el cálculo del determinante de la matriz de correlaciones, la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de la esfericidad de Bartlett. Para verificar el supuesto de normalidad se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Se calcularon los estadísticos media y DT, además de los percentiles, el coeficiente de asimetría y la curtosis. Para calcular la correlación entre la escala original y la escala abreviada se utilizó la Rho de Spearman. Para analizar las diferencias en el cuestionario entre las variables sociodemográficas se realizaron las pruebas no paramétricas de Mann-Whitney y de Kruskal-Wallis. Los cálculos se realizaron con el programa estadístico IBM® SPSS® Statistics versión 19.0.

## Resultados

### Análisis de los ítems y fiabilidad de la escala

En primer lugar, se tenía que decidir el número de ítems que tendría la versión reducida; para ello se utilizó la ecuación de Spearman-Brown para el cálculo de la longitud<sup>9</sup>. Para utilizar esta ecuación, era necesario saber el coeficiente de fiabilidad de la prueba (0,835) y decidir qué coeficiente mínimo debería tener. En este caso, y siguiendo las indicaciones de Nunnally<sup>10</sup>, se decidió que el coeficiente de

**Tabla 1** Media y desviación típica del ítem, correlación ítem-total corregida y alfa de Cronbach si se elimina el ítem

Ítems	M	DT	$r_{i-T}$	$\alpha$
01	4,88	1,705	0,576	0,819
04	4,88	1,805	0,629	0,813
07	4,25	2,067	0,562	0,821
08	4,13	1,998	0,681	0,804
14	4,89	1,837	0,566	0,820
15	4,47	2,018	0,478	0,832
17	3,50	1,996	0,528	0,825
19	4,51	1,922	0,546	0,823

M: media; DT: desviación típica;  $r_{i-T}$ : correlación ítem-total;  $\alpha$ : alfa de Cronbach si se elimina el ítem.

fiabilidad mínimo debería de ser al menos de 0,75. La ecuación de Spearman-Brown aconseja reducir el cuestionario en 12 ítems, es decir, la versión reducida estaría compuesta por solo 8 ítems (Anexo; EROS-8). La selección de los mismos se hizo eligiendo aquellos que presentaban una mejor correlación ítem-total. Los ítems definitivos se presentan en la [tabla 1](#).

El coeficiente de fiabilidad de la escala se estimó mediante el alfa de Cronbach, cuyo resultado fue de 0,839, lo que señala que el cuestionario tiene una buena consistencia interna y es adecuado su uso para la investigación<sup>10</sup>. De esta forma, se ha mejorado considerablemente el cuestionario, ya que se ha reducido en 12 ítems y la fiabilidad ha aumentado en 0,004.

### Correlación con la escala original

Una vez tomada la decisión sobre los componentes que formarán parte de la escala reducida, se realizó la correlación rho de Spearman para verificar que ambas escalas miden el mismo constructo. El resultado de la correlación fue de 0,923 ( $p=0,000$ ).

### Análisis factorial exploratorio

Se verificaron los supuestos para el análisis factorial, mediante el cálculo del determinante de la matriz de correlaciones (0,0076), la prueba de esfericidad de Bartlett ( $\chi^2 [28]=2.244,409$ ;  $p=0,000$ ) y la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (0,877). Las 3 pruebas constatan la adecuación de realizar un análisis factorial exploratorio. Se realizó el análisis factorial exploratorio utilizando el análisis de componentes principales y la rotación varimax. Se obtuvo una solución factorial rotada de 2 factores, que explican el 60,49% de la varianza. Los ítems que saturan en cada uno de los componentes, tras la rotación varimax, se muestran en la [tabla 2](#). El componente 1 está formado por los ítems 1, 4, 7, 8 y 17, y el componente 2 está formado por los ítems 14, 15 y 19. Los ítems del componente 1 son todos directos y los del componente 2 son indirectos, por lo que puede entenderse esta división como un posible artefacto metodológico de las escalas unidimensionales, que no evidencia la existencia de 2 componentes conceptualmente distintos<sup>11</sup>. Aun así, se calculó el alfa de Cronbach para cada uno de los componentes, siendo para el primero 0,814 y para el segundo 0,718.

**Tabla 2** Matriz de componentes rotados

Ítems	Componentes	
	1	2
1	0,608	
4	0,733	
7	0,745	
8	0,754	
14		0,801
15		0,792
17	0,753	
19		0,697

### Datos normativos de la muestra

Debido al similar número de participantes de cada uno de los sexos, se decidió presentar los datos normativos agrupados por esta variable. Los hombres obtuvieron en el cuestionario una puntuación media de 30,70, con una DT de 9,29, mientras que las mujeres obtuvieron una media de 24,47 y una DT de 10,80. En ambos casos, la puntuación mínima obtenida fue de 0 y la puntuación máxima de 48. Se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para verificar si los datos seguían una distribución normal. Los datos de los hombres sí seguían dicha distribución ( $Z = 0,944$ ;  $p = 0,335$ ), no así las mujeres ( $Z = 1,516$ ;  $p = 0,020$ ). Los percentiles para cada uno de los sexos se presentan en la [tabla 3](#). En el caso de los hombres, el índice de asimetría fue negativo ( $-0,318$ ), señalando que tendieron a situarse en la parte derecha de la distribución, mientras que para las mujeres el índice de asimetría fue positivo ( $0,129$ ), mostrando tendencia a situarse en la parte izquierda de la distribución.

### Análisis de las diferencias en las variables sociodemográficas

Debido a que no todos los datos cumplían los requisitos para la realización de pruebas paramétricas, se utilizaron pruebas no paramétricas para contrastar la diferencia entre las variables sociodemográficas de la muestra. Se utilizó la prueba U de Mann-Whitney y la prueba de Kruskal-Wallis. Los resultados se muestran en la [tabla 4](#).

Atendiendo a la variable sexo, se observa que los hombres (30,70) obtienen mayor puntuación de media que las mujeres (24,47) y que la diferencia es estadísticamente significativa ( $p = 0,000$ ). Las personas que tienen pareja (29,10) también obtienen una puntuación media superior que aquellas personas que no tienen pareja (24,85), siendo también en este caso la diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0,000$ ). La población de origen, rural (28,66) o urbana (27,19), no influye significativamente en el resultado del cuestionario ( $p = 0,089$ ). Tampoco influye significativamente la orientación sexual ( $p = 0,251$ ). La prueba de Kruskal-Wallis señala que existen diferencias significativas atendiendo a la variable curso escolar, pero por las características de esta prueba, se desconoce entre qué cursos se encuentra dicha diferencia, por ello, es necesario realizar la prueba U de Mann-Whitney con los cursos tomados de 2 en 2. Las diferencias se encuentran entre los cursos de

**Tabla 3** Baremos en percentiles para hombres y mujeres

Percentiles	Hombres <sup>a</sup>	Mujeres <sup>b</sup>
1	4,17	0,00
2	11,56	2,00
3	13,00	4,20
4	13,56	6,00
5	15,00	7,00
10	19,00	11,00
15	21,00	14,00
20	23,00	16,00
25	24,00	17,00
30	26,00	18,00
35	27,00	19,00
40	29,00	20,00
45	30,00	22,00
50	31,00	23,00
55	32,00	25,00
60	33,00	26,00
65	35,00	28,00
70	36,00	30,00
75	37,00	32,00
80	40,00	35,00
85	41,00	38,00
90	42,10	39,00
95	46,00	43,00
96	47,00	44,40
97	47,83	45,80
98	48,00	47,00
99	48,00	48,00

<sup>a</sup> Asimetría =  $-0,318$ ; curtosis =  $0,013$ .

<sup>b</sup> Asimetría =  $0,129$ ; curtosis =  $-0,516$ .

**Tabla 4** Análisis de las diferencias en los datos sociodemográficos

	N	M	DT	Índice	$\rho$
<b>Sexo</b>					
Hombre	438	30,70	9,29	$Z = -8,931$	0,000*
Mujer	439	24,47	10,80		
<b>Curso escolar</b>					
1.º ESO	52	21,10	10,36	$\chi^2 = 22,283$	0,000*
2.º ESO	136	26,45	12,05		
3.º ESO	346	28,18	10,14		
4.º ESO	343	28,41	9,98		
<b>Población</b>					
Rural	232	28,66	9,55	$Z = 1,700$	0,089
Urbana	645	27,19	10,86		
<b>Pareja<sup>a</sup></b>					
Sí	564	29,10	10,13	$Z = -5,541$	0,000*
No	310	24,85	10,75		
<b>Orientación sexual<sup>a</sup></b>					
Heterosexual	819	27,58	10,56	$\chi^2 = 2,768$	0,251
Homosexual	16	29,25	10,40		
Bisexual	21	31,00	9,91		

N: número de personas que incluye la variable; M: media; DT: desviación típica.

\*  $p < 0,01$ .

<sup>a</sup> No todas las personas contestaron a estas preguntas.



primero y segundo ( $Z = -2,972$ ;  $p = 0,003$ ), primero y tercero ( $Z = -4,485$ ;  $p = 0,000$ ), y primero y cuarto ( $Z = -4,556$ ;  $p = 0,000$ ).

## Discusión

El objetivo de esta investigación es obtener una versión reducida, válida y fiable, de la EROS, de forma que su longitud no represente una traba a la hora de ser administrada a poblaciones con características singulares, como pueden ser los adolescentes.

Los resultados de las investigaciones presentadas avalan la fiabilidad y la validez de la escala como instrumento para su utilización con adolescentes. En lo que respecta a la fiabilidad, el valor alfa de Cronbach es superior a la encuesta original, por lo que la versión reducida muestra una adecuada consistencia interna. Con estos datos se puede inferir que dicha escala presenta las características psicométricas adecuadas para su uso en educación sexual y en investigación. Así mismo, ambas escalas presentan una alta correlación (0,923), lo que indica que ambas escalas están midiendo el mismo constructo de la misma forma.

Por otro lado, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en relación con la variable sexo, pudiéndose afirmar que los chicos presentan mayor grado de erotofilia que las chicas, lo que coincide con los datos de investigaciones anteriores<sup>6,12</sup>. También existen diferencias significativas respecto al curso escolar en el que se encuentran los adolescentes, teniendo mayor grado de erotofilia los de cuarto ESO que los de primero ESO. Esto se puede deber al hecho de que la escasa educación afectivo sexual que se imparte, y que entra dentro del marco legislativo de la educación reglada<sup>13</sup>, se imparte en los últimos cursos del instituto<sup>14</sup>. O simplemente al hecho de que empiezan a tener mayor interés ante las conductas sexuales debido al proceso madurativo<sup>15</sup>. De igual modo, los que tienen pareja son más erotofílicos que los que no la tienen<sup>16</sup>; esto puede deberse al descubrimiento de la sexualidad en pareja y al reforzamiento primario que ello supone. Sin embargo, según este estudio, ni la orientación sexual ni el lugar donde se reside (rural o urbano) parecen influir en esta dimensión de las actitudes sexuales. Estos resultados no concuerdan con otras investigaciones, en las que los más erotofílicos son los no heterosexuales<sup>6,16</sup>. Esta discrepancia en los resultados se justifica porque las diferencias basadas en la orientación sexual se materializan con el paso de los años, siendo la adolescencia una edad aún temprana para que se confirme de forma concluyente<sup>15</sup>.

En conclusión, parece interesante resaltar cómo ciertas características sociodemográficas influyen en una actitud más positiva o negativa hacia la sexualidad en los adolescentes. Con estos datos se abre un importante tema de estudio en el que profundizar y realizar futuras investigaciones, sobre a qué edad es conveniente recibir educación sexual en la escuela, si adolescentes de primero de ESO tienen deseo y conductas sexuales, y cómo la actitud ante ellas puede llevar a tener una sexualidad en la edad adulta más saludable o, por el contrario, más restrictiva. Como se ha visto en este estudio, la edad media de la primera pareja se da en el contexto de los primeros cursos de la ESO. Esto, junto con las conductas sexuales de riesgo y las actitudes

machistas y de doble moral que se dan en dicha población, hace necesario que se eduque a los adolescentes en una sexualidad saludable, respetuosa y diversa. Esta población se caracteriza por el acceso fácil y rápido a una gran cantidad de información sexual a través de las redes sociales, no siendo esta siempre verídica ni positiva, por lo que se hace indispensable que las bases de una sexualidad positiva estén ya instauradas antes. Es por ello por lo que sería importante, para futuras investigaciones, estudiar el efecto de una educación afectivo-sexual positiva y diversa en dicha población, y si se produce algún cambio en las actitudes sexuales de los adolescentes.

Entre las limitaciones de este estudio hay que destacar que solo se ha recogido información de forma transversal, siendo lo adecuado realizar un seguimiento longitudinal para dar respuesta en mayor profundidad a las cuestiones que han surgido a lo largo del trabajo.

## Conclusiones

La versión reducida de la EROS presenta parámetros adecuados para ser utilizada en investigación. Tiene como ventaja ser más corta, lo que la hace más adecuada para población adolescente. También se confirma como algunas variables sociodemográficas influyen en la respuesta ante los estímulos sexuales de los adolescentes, como el curso, el sexo y el tener pareja.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

Los autores agradecen a los institutos malagueños Fernando de los Ríos, Alfaguara, Casabermeja, Emilio Prados y Los Montecillos, su colaboración en la presente investigación.

## Anexo. Versión reducida de la encuesta revisada de opinión sexual (EROS-8)

**Instrucciones:** por favor, responda a cada una de las siguientes preguntas, con sinceridad. Marque con un círculo el número que mejor exprese su opinión o sentimiento, según su grado de acuerdo o desacuerdo.

	Totalmente en desacuerdo				Totalmente de acuerdo			
1. Pienso que ver una película o leer un libro con contenido erótico/sexual podría ser entretenido	1	2	3	4	5	6	7	
2. La masturbación puede ser una experiencia excitante	1	2	3	4	5	6	7	
3. Me resulta excitante pensar en tener una relación sexual con penetración	1	2	3	4	5	6	7	
4. Me excitaría sexualmente viendo una película de contenido sexual	1	2	3	4	5	6	7	
5. No me agradaría ver una película erótica	1	2	3	4	5	6	7	
6. Me incomoda pensar que puedo ver una película en la que aparezca masturbándose una persona	1	2	3	4	5	6	7	
7. Probablemente sería una experiencia excitante acariciar mis propios genitales	1	2	3	4	5	6	7	
8. No siento ninguna curiosidad por el material de contenido sexual (libros, revistas, películas, vídeos)	1	2	3	4	5	6	7	

Son ítems directos los siguientes: 1, 2, 3, 4 y 7; y son ítems inversos los siguientes: 5, 6 y 8. La corrección se realiza de la siguiente forma, en primer lugar se suma el total de los ítems directos, al resultado se le resta la suma de los ítems inversos, y al resultado se le suma 16. Las puntuaciones totales oscilarán entre 0 (máxima erotofobia) y 48 (máxima erotofilia).

1: Máximo desacuerdo. 7: Máximo acuerdo. No hay respuestas correctas o incorrectas.

## Bibliografía

1. Sueiro Domínguez E, Domínguez Ruibal JL, López Sánchez F, López Castedo A. Propiedades psicométricas de la escala de actitudes hacia la sexualidad (ATSS) ampliada. *Cuad Med Psicosom Psiquiatr Enlace*. 2005;74:46–56.
2. Fisher TD, Hall RG. A scale for the comparison of the sexual attitudes of adolescents and their parents. *J Sex Res*. 1988;24:90–100.
3. Saldívar Hernández G, Jiménez Tapia A, Gutierrez Reynaga R, Romero Mendoza M. La coerción sexual asociada con los mitos de violación y las actitudes sexuales en estudiantes universitarios. *Salud Ment [online]*. 2015;38:27–32.
4. Espada JP, Morales A, Orgilés M. Riesgo sexual en adolescentes según la edad de debut sexual. *Act Colom Psicol*. 2014;17:53–60, <http://dx.doi.org/10.14718/ACP.2014.17.1.6>.
5. Larrañaga E, Yubero S, Yubero M. Influencia del género y del sexo en las actitudes sexuales de estudiantes universitarios españoles. *Summa psicol UST (Impr.)*. 2012;9:5–13.
6. Del Río FJ, López DJ, Cabello F. Adaptación del cuestionario Sexual Opinion Survey: Encuesta revisada de opinión sexual. *Rev Int Androl*. 2013;11:9–16.
7. Fisher WA, Byrne D, White LA, Kelley K. Erotophobia-erotophilia as a dimension of personality. *J Sex Res*. 1988;25:123–51.
8. Carpintero E, Fuertes A. Validación de la versión castellana del Sexual Opinion Survey (SOS). *C Med Psicosom*. 1994;31:52–61.
9. Barbero MI, Vila E, Holgado FP. *Psicometría*. Madrid: UNED; 2010.
10. Nunnally JC. *Psychometric theory*. Nueva York: McGraw Hill; 1978.
11. Morales P. Medición de actitudes en psicología y educación: construcción de escalas y problemas metodológicos. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 2000.
12. Vallejo-Medina P, Reina Granados M, Sierra JC. Propuesta y validación de una versión breve del Sexual Opinion Survey en población española. *Rev Int Androl*. 2014;2:47–54.
13. Bejarano Franco M, Mateos Jiménez A. La educación afectivo-sexual en el sistema educativo español: análisis normativo y posibilidades de investigación. *Rev Ibero-Am Estud Educ*. 2016;10:1507–21.
14. Molina O, Méndez I, Martínez JP. Conductas y educación sexual en cuarto curso de Educación Secundaria Obligatoria. *Eur J Health Research*. 2015;1:37–50, <http://dx.doi.org/10.1989/ejhr.v1i2.4>.
15. Heras D, Lara F, Fernández-Hawrylak M. Evaluación de los efectos del Programa de Educación Sexual SOMOS sobre la experiencia sexual y las actitudes hacia la sexualidad de adolescentes. *Rev Psicodidáctica*. 2016;21:321–37, <http://dx.doi.org/10.1387/RevPsicodidact.14300>.
16. Ramiro-Sánchez T, Ramiro Sánchez MT, Bermúdez MP. Capacidad predictiva de la erotofilia y variables sociodemográficas sobre el debut sexual. *Rev Iberoam Psicol Salud*. 2014;5:55–70.